

Heli Karhunen

Saattohoito näkyväksi

sairaanhoitajien toiminnan kuvauksia Espoon kotisairaalaista

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

27.5.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Heli Karhunen Saattohoito näkyväksi – sairaanhoitajien toiminnan kuvauksia Espoon kotisairaalaasta 75 sivua + 7 liitettä 26.5.2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Klininen asiantuntija
Ohjaaja(t)	Lehtori Leena Hannula
<p>Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia saattohoitajien ja kivunhoidon toteuttamisesta kotisairaalaissa sekä työnantajan antamasta tuesta näyttöön perustuvaan toimintaan. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Espoon kaupungin kotisairaalan henkilökunta. Tutkimusaineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla vuoden 2015 - 2016 vaihteessa. Tutkimukseen osallistui kymmenen (n =10) hoitajaa. Kerätty tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan hoitotyö kotisairaalaissa oli potilaslähtöistä, kokonaisvaltaista potilaan tarpeita sekä toiveita huomioivaa. Annettu hoito oli paljon läsnä olemista ja potilasta sekä omaisia tukevaa. Kotikäynneillä pyrittiin kiireettömyyteen. Hoitajien työnkuvaan kuului suurilta osin lääkehoidon toteuttaminen ja ohjaaminen. Lääkehoitoa toteutettiin lääkärin määräysten mukaisesti ja toimintaa ohjasi kotisairaalaissa laadittu kivunhoidon ohjeistus. Laaditut toimintaohjeistukset pyrkivät takaamaan tasalaatua hoitoa kaikille potilaille.</p> <p>Hoitajat kokivat tuntevansa keskeiset hoitosuositukset kuolevan potilaan kohdalla. Kokeimuksen mukaan osastolle laaditut toimintaohjeet oli laadittu suositusten mukaisesti ja esille tulleiden ohjeiden laatimisen tarve oli lähtenyt toimintaympäristön kehittämisen tarpeista. Hoitotyön suositusten tunnettavuus oli heikkoa. Ammattikirjallisuutta oli saatavilla kaikille ja siihen perehdyttiin oman aktiivisuuden ja kiinnostuksen mukaan. Tiedonhaku tapahtui pääsääntöisesti työn ohessa, koska siihen ei ollut varattu erillistä aikaa. Asenne tutkimuksellista tietoa kohtaan oli pääosin myönteinen.</p> <p>Hyvän saattohoidon toteuttamisen lähtökohtana on henkilöstön kouluttaminen säännöllisesti ja ammattitaidon ylläpitäminen. Koulutuksia oli tarjolla riittävästi ja osallistuminen mahdollistettiin hyvin työnantajan taholta. Haasteena on saadun tiedon jakaminen. Koulutusten sisältöä käydään läpi osastunneilla.</p> <p>Saattohoitotyö koettiin pääosin raskaaksi ja työssä jaksamista tuki kuukausittain tarjottu työnohjaus. Kaikilla oli halutessaan mahdollisuus osallistua työnohjaukseen, mikä mahdollistettiin työaikoja muokkaamalla.</p>	
Avainsanat	saattohoito, kivunhoito, näyttöön perustuva toiminta

Author Title Number of Pages Date	Heli Karhunen Hospice visible – Nurses' activities descriptions of the home from the hospital in Espoo 75 pages + 7 appendices 27 May 2016
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice
Instructor(s)	Senior lecturer Leena Hannula
<p>The purpose of this qualitative thesis was to describe registered nurses' experiences on how terminal care and pain management were realised in home hospital services and on the employer's support on evidence-based health care. The personnel of Espoo city home hospital was the target group of this study (n=10). The data was collected by individual interviews between Dec 2015 and Jan 2016 and analysed using inductive content analysis.</p> <p>According to the results nursing in a home hospital was patient-centred and comprehensive and the patient's needs and wishes were taken into account. The care provided was mainly supporting and being there for both the patient and their loved ones. The goal was to give the patient an unhurried visit. The nurses' job description included mainly carrying out the medical care as well as instructing the patient and their loved ones. Medical care was carried out according to doctor's orders and the instructing based following the pain management instructions compiled at the home hospital. These instructions strive for equal care for all patients.</p> <p>When it came to a dying patient the nurses felt they knew the most important care instructions. These instructions were formulated according to experience and national guidelines. The need to develop the operational environment gave the need to formulate the instructions. The nurses inadequately recognised the nursing guidelines by the Nursing Research Foundation, and no guidelines for the care of a dying patient even exist. Everyone had access to professional literature and they used it as per their own interest and energy. There was no allotted time for searching for information, hence it was mainly done during the work hours. The attitude toward research information was mainly positive.</p> <p>According to previous research carrying out good terminal care is done by educating the personnel on a regular basis as well as by maintaining one's own professional skills. As the results of this study will show the amount of training available is sufficient and the employer made it possible for the employees to participate in these trainings. The challenge was sharing the information received at these trainings. The contents of the trainings were discussed during the department hours.</p> <p>The nurses experienced terminal care mainly as hard work but the work supervision, that was offered monthly, made it easier. All the nurses had a chance to participate in the work supervision, which was made possible by e.g. making changes in the rota.</p> <p>When developing terminal care it is essential the nurses get enough training and sharing the new information and coping with the workload is being taken care of. In the future it would be interesting to see how the patient and their loved ones experience terminal care in their home environment. The results of this study can be utilised when developing a new operations model in the new hospital of Espoo city.</p>	
Keywords	terminal care, evidence-based nursing, pain management

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Saattohoito osana kotisairaalahoittoa	3
2.1	Näyttöön perustuva toiminta	3
2.2	Saattohoito	5
2.3	Kivunhoito palliatiivisessa hoidossa	11
2.4	Käypähoitosuosituksen ja hoitotyön suositusten käyttäminen	18
2.5	Laaditut hoitosuositukset	23
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät	26
4	Tutkimuksen toteuttaminen	26
4.1	Toimintaympäristön kuvaus	26
4.2	Aineiston keruu yksilöhaastattelulla	29
4.3	Aineiston käsittely ja analysointi	30
5	Tulokset	32
5.1	Osallistujien taustatiedot	32
5.2	Kokemuksia saattohoidosta	33
5.3	Kivun hoitamisen kokemukset	38
5.4	Kokemuksia suositusten tuntemisesta ja käytöstä	45
5.5	Kokemuksia työnantajalta saamasta tuesta näyttöön perustuvaan tietoon	52
6	Pohdinta	59
6.1	Tutkimuksen luotettavuus	59
6.1.1	Menetelmän luotettavuus	60
6.1.2	Tulosten luotettavuus	63
6.2	Eettisyys	64
6.3	Tulosten tarkastelua	65
6.3.1	Kokemukset saattohoidosta ja kivunhoidosta	66
6.3.2	Kokemukset suositusten käytöstä	67
6.3.3	Kokemukset työnantajalta saamasta tuesta	70
6.4	Johtopäätökset	71
6.5	Kehittämisehdotukset	74
	Lähteet	76
	Liitteet	

- Liite 1. Saattohoitopolku
- Liite 2. Kipumittarit
- Liite 3. Tutkimuslupa
- Liite 4. Tutkimussaaate ja suostumuslomake
- Liite 5. Haastattelukysymykset
- Liite 6. Aineiston sisällönanalyysi

1 Johdanto

Terveysthuollon eri toimintaympäristöissä tapahtuneet muutokset ovat muovanneet hoitotyöstä yhä vaativampaa. Muutos näkyy tehtäväkuvien uudistumisena sekä vaatimuksena laadun, tehokkuuden ja toimintojen arvioimisessa. Potilaat ovat nykyisin valvutuneempia ja hoidon laatuvaatimukset ovat lisääntyneet potilaiden taholta. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 15.) Potilaan oikeus on saada laadukasta hoitoa ja tietoa hoitovaihtoehtoistaan ymmärrettävästi. Annetun hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Hoitotyöntekijöillä tulee olla entistä selkeämmät perusteet tekemilleen päätöksille. Lisäksi potilaan sekä omaisten toiveiden ja mielipiteiden huomiointi on entistä tärkeämpää.

Vuosittain Suomessa tarvitsee saattohoitoa noin 15 000 potilasta ja palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa tarvitsee 200 000 – 300 000 potilasta (STM 2010: 11). Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan eli Etene:n tekemän selvityksen mukaan saattohoito on Suomessa kehittynyt ja se tapahtuu usein kotona kotisairaanhoidon tai muun sellaisen toimesta. Palliatiiviseen hoitoon on lisätty resursseja muun muassa muodostamalla vastuuhoidajan tehtäväkuvia ja konsultoivan lääkärin aktiivisempana mukana ololla. Kirjallisuuden mukaan nykyiset saattohoitoketjut ja potilaan hoitopolut ovat osin jäsentymättömiä ja tähän pyritään saamaan muutosta. (Saattohoito Suomessa 2012: 18.)

Näyttöön perustuvasta hoitotyöstä tiedetään yhä enemmän ja hoitotieteellinen tutkimus on kehittynyt lähivuosien aikana. Näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen on haasteena ja tavoitteena lähivuosina. Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa tavoitteita tähän suuntaan Kaste-hankkeessa, jossa tavoitellaan terveyden edistämistä. (STM 2009: 15.) Näyttöön perustuvan toiminnan ja toimintatapojen yhtenäistäminen on asetettu kehittämisen kohteeksi sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Tämä on nähtävissä useissa kansallisissa toimintaohjelmissa. (Holopainen – Korhonen – Miettinen – Pelkonen - Perälä 2010: 39.)

Näyttöön perustuvasta toiminnasta kuulee puhuttavan paljon ja toiminnan tulisi perustua tutkittuun tietoon. Tutkittua tietoa on saatavilla. Taito tehdä tiedonhakuja tai tieto mistä tietoa voi hakea, saattaa olla haastavaa ja vaatii tekijältään töitä. Hoitotyössä päivän hektisyys voi estää tiedonhankinnan sekä mahdollisuuden perehtyä saatuun tietoon.

Tarvitaan asiantuntijoita, jotka hakevat tietoa tuoden sen luettavaksi. Tämä vaatii kuitenkin työryhmän panosta sovellettaessa sen tiedon käytäntöön saakka. Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman ohjeistuksen mukaan johtamisen vaikuttavuudesta johtamisella on suuri merkitys näyttöön perustuvan toiminnan esilletuontiin. (STM 2009: 18.)

Hoitotyöntekijöiden on todettu suhtautuvan tutkimustietoon pääasiassa myönteisesti (Melander - Häggman-Laitila 2010: 37). Hoitohenkilöstön tuntemus käytettävissä olevista hoitosuosituksista vaihtelee. Perehtyminen laadittuihin suosituksiin ja niiden käyttäminen riippuu omasta aktiivisuudesta. Hoitosuosituksiin perehtymiseen työajalla ei koeta olevan riittävästi aikaa muun muassa kiireen vuoksi. Heikot tiedonhaku taidot voivat vaikeuttaa perehtymistä. (Lehtomäki 2009: 133, 209.)

Tämän ylemmän amk:n opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia kotona olevien saattohoitopotilaiden hoidosta sekä kivunhoidon toteutumisesta. Lisäksi saadaan tietoa hoitotyöntekijöiden hoitosuositusten käytöstä ja niiden tuntemuksesta kuolevan potilaan kohdalla sekä toimintaympäristöltä saadusta tuesta tutkimuksellisen tiedon käyttöön. Tulokset antavat mahdollisuuden kehittää toimintaa jatkossa näyttöön perustuvaa toimintaa vastaavaksi. Vastaavanlaista tutkimusta ei ole tehty Espoossa, joten opinnäytetyö on ajankohtainen ja tärkeä. Kliininen asiantuntija on näyttöön perustuvan toiminnan eteenpäin viejänä tulevaisuudessa. Kliinisen asiantuntijan tehtävänkuvaaan liittyy vahvasti tutkitun tiedon hakeminen ja perehtyminen tieteellisiin artikkeleihin.

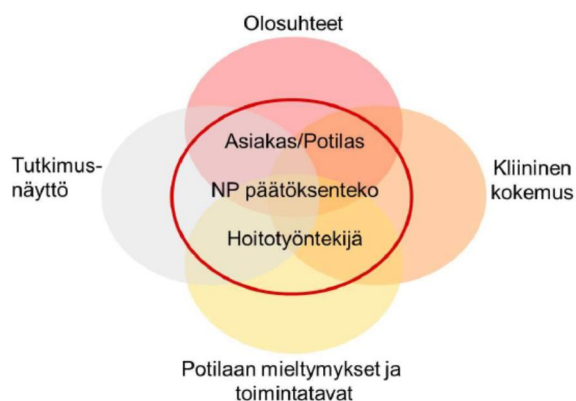
Kiinnostukseni näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja toimintaan sai minut perehtymään aiheeseen tarkemmin. Olemassa olevien hoitosuositusten tunteminen ja käyttäminen hoitotyössä on haastavaa myös tulevaisuudessa. Suosituksia tunnetaan hyvin, mutta käytäntöön soveltaminen on vähäisempää.

2 Saattohoito osana kotisairaalahoitoa

2.1 Näyttöön perustuva toiminta

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä (EBN, Evidence-Based Nursing) tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon käyttöä potilaan hoidossa ja terveyden edistämisessä. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttämällä vaikuttaviksi tunnistettuja menetelmiä tai hoitokäytäntöjä sekä yhtenäistää potilaan hoitoa. Näyttöön perustuva hoitotyö on toimintaa, jossa yhdistyy tieteellinen näyttö, hoitotyöntekijän asiantuntemus sekä tieto potilaan tarpeista ja hänen näkemyksestään. (Sarajärvi – Mattila - Rekola 2011: 11–12; Houser 2011: 1; Korhonen – Jylhä - Holopainen 2012: 30.)

Hoitotyön ja koulutuksen kehittämistä koskeviin suosituksiin sisältyy näyttöön perustuva toiminta (kuvio 1). Tavoitteena on palveluiden ja koulutuksen perustuminen tutkittuun tietoon edistämällä tehokkuutta, laatua ja taloudellisuutta. Hoitotyössä näyttöön perustuva toiminta tukee asiakaskeskeisyyden toteutumista, potilaan oikeutta saada parasta ajan tasalla olevaa hoitoa ja eettisyyden huomioimista. (Melander - Häggman-Laitila 2010: 37.)



Kuvio 1. Näyttöön perustuva toiminta.

Tieteellinen tieto on muodostunut systemaattisen tutkimuksen tuloksena ollen luotettavaa ja yleistettävää. Näyttöön perustuvassa toiminnassa pyritään käyttämään korkeatasoista tieteellistä tietoa. Tieteellistä tietoa hyödynnettäessä on osattava arvioida tietoa kriittisesti tieteellisen tiedon kriteerejä käyttäen. Tutkimusmenetelmien osaaminen antaa hoitajalle edellytyksiä tutkimustietoon perehtymisen ja tiedon kriittiseen arvioimiseen. Tiedonhaku liittyy oleellisesti näyttöön perustuvaan toimintaan ja hoitajan on osattava

käyttää tietokantoja kyetäkseen hakemaan tutkimus tietoa käyttöönsä. (Sarajärvi ym. 2011: 11–14, 27–34.)

Näyttöön perustuvan toiminnan edistävinä tekijöinä nähdään hoitotyöntekijöiden positiivinen asenne tutkimustietoa kohtaan ja tutkimustietoon perehtyminen. Organisaatiotasolla toimintaa edistää myönteinen suhtautuminen ja voimavarojen varaaminen tutkimustiedon käyttämiseen. Kouluttaminen on kohtalaisen tehokas menetelmä toiminnan kehittämisessä. (Melander – Häggman-Laitila 2010: 37.)

Hoitokäytäntöjä yhtenäistämällä näyttöön perustuvan toiminnan avulla mahdollistetaan potilaille korkeatasoinen hoito riippumatta hänen hoitopaikastaan. Yhtenäiset käytännöt parantavat potilaan hoidon laatua edistävät hoitotyön vaikuttavuutta. Yhtenäisten käytäntöjen kehittämiseksi tarvitaan tutkimusnäyttöä ja jonkinlainen yhtenäinen toimintamalli. (Holopainen ym. 2010: 33; Korhonen ym. 2012: 30.)

Asiantuntijuusmallin (kuvio 2) mukaisesti nostetaan esille erityyppisten asiantuntijoiden osaamisen tavoitteet ja tehtävät näyttöön perustuvassa toiminnassa. Organisaatiossa tarvitaan erityyppisiä asiantuntijoita joiden tehtävät ovat näyttöön perustuvassa toiminnassa ja sen kehittämisessä. (Korhonen ym. 2012: 41.)

Asiantuntijuuden tyypit	Kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat	Kliinisesti erikoistuneet hoitajat	Kliinisen hoitotyön asiantuntijat	Kliinisen hoitotieteen asiantuntijat
Osaamisen tavoite	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön ja tiedon soveltamisen osaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva erityisosaaminen Tiedon soveltamisen ja kehittämisosaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Oman kliinisen alueen vahva osaaminen Vahva kehittämisosaaminen Tutkimusosaamista Järjestelmän tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen alueen tutkimus- ja kehittämisosaaminen Johtamisosaaminen Järjestelmän tuntemus
Osaamisen painotus	<ul style="list-style-type: none"> Tutkimuksen ja kehittämisen osaaminen sekä näiden johtamisen osaaminen Tiedon tuottaminen ja levittäminen toimintayksikössä ja alueilla 			
	<ul style="list-style-type: none"> Kliinisen hoitotyön osaaminen Asiakaskohtainen tiedon käyttö ja soveltaminen 			
Toiminta näyttöön perustuvien (NP) käytäntöjen käyttöön-otossa	<p>NP-tiedon käyttö ja soveltaminen hoidossa.</p> <p>Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen.</p>	<p>NP-tiedon käyttö ja soveltaminen omalla erikoisalalla.</p> <p>NP-käytäntöjen käyttöönoton ohjaus ja tuki työyksikössä.</p> <p>Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen.</p> <p>Tiedon välittäminen.</p>	<p>Tieteellisen tiedon soveltaminen.</p> <p>Käytäntöjen yhtenäistäminen toimintayksiköissä ja alueella.</p> <p>NP-käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönoton tuki.</p> <p>Tiedon levittäminen ja käytön seuraaminen.</p> <p>Asiantuntemuksen syventäminen.</p>	<p>Hoitotyön suositusten laatiminen.</p> <p>Arviontimenetelmien kehittäminen, interventio-, vaikuttavuustutkimus, hyvien/NP käytäntöjen toimeenpanon arviointi.</p> <p>Kehittämisen ja tutkimushankkeiden johtaminen.</p> <p>Asiantuntijuuden kehittämisen tuki.</p>

Kuvio 2. Asiantuntijuusmalli (STM 2009).

Mallissa kliinisesti erikoistuneiden tehtävänä on potilaan hoito ja toiminnan kehittäminen. Tiedon tuottaminen on kliinisen hoitotyön ja hoitotieteen asiantuntijoiden tehtävänä. (Korhonen ym. 2012: 41.)

Mallin mukaisesti asiantuntijatyypit voidaan erotella seuraavasti: 1. kliinisessä hoitotyössä toimivat, 2. kliinisesti erikoistuneet hoitajat, 3. kliinisen hoitotyön asiantuntijat ja 4. kliinisen hoitotieteen asiantuntijat. Osaamisen tavoitteiden painotus on riippuvainen asiantuntijan osallisuudesta välittömään potilastyöhön. Kauempana olevilla painotus on tutkimus- ja kehittämisosaamiseen. Erityyppiset asiantuntijat täydentävät toisiaan uuden tiedon syntymisestä tiedon hyödyntämiseen. (STM 2009: 53-62.)

Suomessa näyttöön perustuvaa toimintaa kehittää Hoitotyön tutkimussäätiö. Säätiö on perustettu vuonna 2005 sairaanhoidon tutkimuslaitoksen ja Suomen sairaanhoitajaliiton pitkäaikaisen yhteistyön tuloksena. Säätiöllä on kansainvälisesti yhteistyötä WHO:n ja Joanna Briggs Instituutin kanssa (JBI) kanssa. Säätiön tarkoituksena on tukea hoitotieteellistä tutkimusta hoitotyön kehittämiseksi ja tutkimusten tulosten soveltamista edistämällä väestön terveyttä. Tarkoituksena on toiminnan huomiointi kansallisesti ja kansainvälisesti. Säätiön tehtävänä on näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen ja toiminnan vakiinnuttaminen terveydenhuollossa käytettävien menetelmien vaikuttavuuden lisäämiseksi sekä väestön terveyden edistämiseksi. Yhteistyötä säätiö tekee yhteistyötä terveystieteellistä tutkimusta tekevien tahojen sekä eri koulutusorganisaatioiden kanssa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2011.)

2.2 Saattohoito

Parantumattomasti sairaan oireenmukaista hoitoa kutsutaan palliatiiviseksi hoidoksi. Se on aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa, kun parantavaa hoitoa ei enää ole. Hoidolla pyritään mahdollisimman hyvään elämänlaatuun lieventämällä kärsimystä monilla eri tavoilla. Onnistuneen palliatiivisen hoidon toteutuminen auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa saakka. Palliatiivinen hoito voidaan aloittaa parantavien hoitojen ollessa vielä käynnissä. Se voidaan ottaa osaksi hoitoja, jolloin potilaalle ja omaisille annetaan mahdollisuus valmistautua elämän päättymiseen. Palliatiivinen hoito on myös omaisten selviytymistä tukevaa. (Hoitosuositustyöryhmien käsikirja 2012: 5; Saattohoito Suomessa 2012: 4; STM 2010: 13,17.)

Omaisten hyvinvointia tuetaan ottamalla heidät potilaan hoitoon mukaan antaen tietoa ja tukea heidän tarvitsemallaan tavalla. Saattohoidon ero palliatiiviseen hoitoon on sen

ajoittuminen lähemmäksi todennäköistä kuolinhetkeä, kestäen muutamasta viikosta enintään kuukausiin. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, hoidon päätös. Saattohoito on tukea ja hoitoa elämän loppuvaiheessa, siinä on keskeisintä oireiden ja kärsimyksen lievittäminen ja sekä valmistautuminen lähestyvään kuolemaan. Palliatiivisen hoidon kesto saattaa olla vuosia sairaudesta riippuen. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville potilaille. Hyvä elämänlaatu muodostuu huolehtimisesta, turvallisuuden tunteesta ja mahdollisuudesta osallistua itseään koskevien päätösten tekoon. (Anttonen – Kiuru 2015: 13-14, 21; Hoitosuositustyöryhmien käsikirja 2012: 5; Saattohoito Suomessa 2012: 4; STM 2010: 13,17.)

Saattohoidon lähtökohtana ovat potilaiden tarpeet. Hoitotyö koostuu potilaiden hoitamisesta ja omaisten tukemisesta. Hoitohenkilöstön tekemien päätösten tulee perustua teolliseen näyttöön, yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Saattohoito vaatii hoitajalta taitoa hoitaa potilasta hyvin ja kykyä arvioida hoidon tarpeita. Tähän tarvitaan tietoa saattohoidosta ja kykyä tiedon soveltamiseen potilaan hoidossa. Saattohoidossa hoitaja tunnistaa kuoleman merkkejä. Omaisten valmistelevaaminen kuolinhetkeen on tärkeää. Tällöin korostuu perheen kokemus saattohoidon laadusta. (Anttonen – Kiuru 2015: 20–21.) Hyvä saattohoito on perheiden ohjaamista ja valmentamista, jotta he kykenisivät käsittelemään suruaan potilaan kuoleman jälkeen. Ammattitaitoinen ja hyvinvoiva henkilökunta on tärkeä tekijä hyvän saattohoidon toteuttamiselle. (Anttonen 2016: 32.)

Kuolevien potilaiden hoitaminen on haastavaa, raskasta ja kuormittavaa. Hoitajan elämäkokemus ja ammattitaito ovat keinoja kuormituksen säätelyyn. Hyvinvoivat kuolevien potilaiden hoitajat pystyvät vaativaan hoito- ja tukemistyöhön. Yhtenä keinona on mahdollisuus työnohjaukseen. Työnohjauksessa keskustellaan hoitosuhteista ja niistä nousevista tunteista. Työnohjauksessa ei löydy valmiita vastauksia vaan siinä löytyneitä näkemyksiä ja oivalluksia kukin työntekijä soveltaa omaan työhönsä omalla persoonallisella tavallaan. Työnohjaus on vuorovaikutusta, jonka pyrkimyksenä on oman työn tutkiminen sekä ammatillinen kasvu ja kehittyminen yksin tai ryhmässä. (Vainio 2004: 297, 299, 303-304.)

Saattohoidossa potilaalle on merkityksellistä toivon säilyttäminen. Toivo on moniulotteinen ja potilaan elämänlaadun kannalta tärkeä. Kuolemaa lähestyttäessä potilas tarvitsee toiveita ja haluaa suunnata ajatuksiaan tulevaan. Toiveet voivat sisältää selviytymisen kotona kuolemaan saakka, mikä edellyttää panostusta kotona tapahtuvalle hoidolle. (Hä-völä – Rantanen – Kylmä 2015: 145–146.)

Hyvä saattohoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jossa hoitaja kulkee potilaan kanssa auttaen. Tutkimusten (Saattohoito Suomessa 2012: 18) mukaan Suomessa esiintyy puutteita saattohoidon osaamisessa, mikä ilmenee muun muassa yhteisesti sovittujen hoitokäytänteiden puuttumisena. Onnistuakseen saattohoito vaatii ammattitaitoa ja yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Hoidon toteutukseen tarvitaan riittävä määrä koulutettua ja ammattitaitoista henkilökuntaa jonka ammattitaitoa pidetään yllä lisä- ja jatkokoulutuksella. (Olsen – Vaija-Kääriä 2015: 23–24, Ollila 2015: 94.) Hyvä saattohoito on kuolevan potilaan sekä hänen omaistensa hoitotahtoon perustuvaa toimintaa. Hoito on inhimillistä ja eettistä. Siinä huomioidaan yksilölliset tarpeet, toiveet ja odotukset. Saattohoito toteutetaan moniammatillisesti ja perustuu yhteisesti sovittuihin hoitolinjauksiin. (Ollila 2015: 94.)

WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito on kuolevan potilaan elämänlaadun parantamista oireita lieventämällä, henkistä tukea tarjoamalla ja jäljellä olevan elämän aktiivisella tukemisella. Omaisille tarjotaan tukea sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. Kuolema nähdään elämän normaaliksi prosessiksi, päätepisteeksi, jota ei ole tarkoitus jouduttaa. (WHO 2015.) Hoidon päämääränä on hyvä elämänlaatu päättyen rauhalliseen kuolemaan. Hoidon pyrkimyksenä on kärsimyksen ehkäiseminen ja lieventäminen, elämänlaatua heikentävien fyysisten, psykososiaalisten ja eksentiaalisten ongelmien tunnistaminen varhain ja niiden hoito. Hoito jatkuu vaikka sairautta ei pystytä parantamaan. (Tasmuth - Poukka – Pöyhä 2012: 452; Ollila 2014: 66.)

Voidakseen suunnitella elämänsä loppuvaihetta potilaan tulee saada totuudenmukaista tietoa sairaudestaan ja lähestyvistä kuolemasta. Tiedonsaanti voi olla hämmentävää ja ahdistavaa, mutta myös pelkoa vähentävää. Hyvä kuolevan potilaan hoito on tiedon- ja tuensaantia sopivassa tahdissa. Tiedon kertomisen välttäminen voi johtaa hoitojen tarpeettomaan jatkamiseen. Saattohoitoon siirtymisen edellytyksenä on potilaan kanssa neuvottelu. Tehty päätös kirjataan hoitokertomukseen. (Hilden 2006: 41, 43; STM 2010: 13.)

Päätös saattohoidosta edellyttää hoitolinjauksen tekoa. Potilaan tulee olla tietoinen hoitopäätösten edellytyksistä sekä seuraamuksista. Lisäksi hänellä tulee olla mahdollisuus osallistua päätöstentekoon. Potilaslain mukaan omaisen näkemyksien huomioiminen ei ole välttämätöntä, mutta se edesauttaa hoidon toteutumista. Liian myöhään tehty linjaus heikentää potilaan itsemääräsoikeutta ja mahdollisuutta valmistautua lähestyvään kuolemaan yhdessä omaisten kanssa. Saattohoidon päätöksestä tehdään selkeä merkintä

potilaan asiakirjoihin. Tehtyä päätöstä on jatkossa mahdollisuus muuttaa. Elvytyskiellon merkintä (DNR =do not resuscitate tai DnaR = do not attempt to resuscitate) ei tule olla saattohoidon alkamisen merkintänä. (Hänninen – Anttonen 2008: 26; Käypähoito suositus 2012: 5.)

Saattohoito päätöksestä tehdään selkeä merkintä potilaan asiakirjoihin mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Hoidon linjaukseen liittyy kannanotto antibioottihoitoihin, suonensisäiseen nestehoitoon sekä muihin vointiin vaikuttaviin toimenpiteisiin. Palliatiiviseen hoitoon eivät kuulu potilasta rasittavat toimenpiteet tai hoidot, joista toipumiseen ei ole ennustetta. Elämän laatua kohentavia tutkimuksia tehdään edelleen, mutta luovutaan rutiininomaisista tutkimuksista. Päätös tehdään yhteistyössä potilaan kanssa vaiheessa, jossa etenevään sairauteen ei enää ole tarjolla parantavaa hoitoa, tai potilas on kieltäytynyt hoidosta ja jäljellä olevan elinajan odotetaan olevan lyhyt. (Hoitosuositusryhmien käsikirja 2012: 5; Tasmuth ym. 2012: 452.)

Vuosittain Suomessa tarvitsee saattohoitoa noin 15 000 potilasta ja palliatiivista eli oireita lievittää hoitoa tarvitsee 200 000 – 300 000 potilasta (STM 2010: 11). Syöpää sairastavat potilaat ovat palliatiivisen ja saattohoidon suurin potilasryhmä. Hoidon tarvetta on myös monissa kroonisissa sairauksissa kuten esimerkiksi keuhkohtaumataudissa, sydämen-, maksan – ja munuaisten vajaatoimissa sekä eräissä neurologisissa sairauksissa. (Ollila: 2014: 66.)

Laadittu laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuonna 1992 lisäsi potilaan itsemääräämisoikeutta. Tämän lain mukaan potilaalla on oikeus kieltäytyä itseään koskevasta hoidosta, elämää ylläpitävä hoito tähän mukaan lukien. (Laki potilaan asemasta 785/1992.) Potilas voi laatia halutessaan hoitotahdon, jossa hän tuo tahtonsa esiin elämänsä loppuvaihetta koskevissa kysymyksissä. Olennaista hoitotahdossa on vaatimus hyvästä kivun- ja oireenmukaisen hoidon toteuttamisesta. Juridisesti se on sitova asiakirja ja velvoittaa lääkärin toimimaan ohjeiden mukaisesti, kun potilas itse ei pysty enää kommunikoimaan. Tahdonilmaisun yleisyys vaihtelee 2 – 15:n % välillä. Hoitotahdon muuttaminen tai tahdon peruminen on mahdollista tehdä milloin tahansa. (Hilden 2006: 29-30.)

”Hyvä saattohoito Suomessa” on sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 laatima suositus saattohoidon toteuttamisesta. Suositusten tarkoituksena on hyvän saattohoidon turvaaminen jokaiselle kuolevalle. Saattohoidon lähtökohtana on etenevä parantumaton

sairaus, jolle ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa. Hoito voi tapahtua kotona, kodinomaisessa laitoksessa, sosiaali - ja terveydenhuollon julkisessa tai yksityisessä laitoksessa. Hoidossa vastataan potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin, oireita lievitetään ja potilaan omaisia tuetaan. Potilaan diagnoosilla ei ole merkitystä hoidon saamiselle. (STM 2010: 11.)

Tavoitteena on, että potilaalla tulee olla mahdollisuus elää saattohoitovaihe haluamassaan ympäristössä läheistensä seurassa. Potilaalle mahdollistetaan selviytyminen kotiloissa kotisairaanhoidon tai kodinhoidon sekä vapaaehtoistyöntekijöiden lisäavun turvin. Saattohoito voi vuorotella kotihoidosta laitoshoitoon voinnin ja tarpeiden mukaan. Potilas saa olla mahdollisimman pitkään kotiympäristössä ja halutessaan myös kuolla kotonaan. Saattohoidon onnistuminen kotona edellyttää potilaan toivomusta hoidosta kotiympäristössä ja läheisten osallistumista sekä jonkinasteista sitoutumista. Yhteyden saaminen hoitohenkilökuntaan koko vuorokauden ajan ja säännöllinen yhteydenpito kotikäynteineen luovat potilaalle turvallisuuden tunteen. (Knuutinen 2008: 7-8.) Terveystieteiden tutkimuskeskus antaa mahdollisuuden valita hoitopaikan, jossa haluaa kuolla. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kodin välissä tärkein kotisaattohoitoa toteuttava yksikkö on kotisairaala. (Ollila 2014: 70.)

Saattohoito kotona on omaiselle palkitsevaa, mutta raskasta. Yhteistä aikaa saattaa olla jäljellä vähän ja sen ajan haluaa olla mahdollisimman paljon kuolevan omaisen kanssa. Omaisen hoitamiseen tarvitaan halua, uskallusta ja voimia. Kotona hoidettaessa vältetään kodin ja sairaalan välillä matkustamiselta. Potilaalle koti on turvallinen ja tuttu paikka, eikä potilaan tarvitse sopeutua rutiineihin kuten sairaalassa. Potilas voi kotona noudattaa omaa aikatauluaan. Oma sänky ja kodintuoksu luovat potilaalle turvallisuuden tunnetta ja lohtua. Saattohoidon periaatteet itsemääräämisoikeudesta, arvokkuudesta ja yksilöllisyydestä toteutuvat usein paremmin kotiloissa kuin sairaalassa. (Hänninen 2008: 135, 137, 140, 142-144.)

Kotiin hankittavat apuvälineet potilaalle voivat olla arka asia ja merkitä hänelle voinnin huonontumista. Ennen apuvälineiden hankintaa asiasta on neuvoteltava potilaan sekä omaisten kanssa. Potilaalla saattaa olla huoli hoitavan omaisen jaksamisesta. Potilaan oloa voi helpottaa olla tieto hoitajan kotikäynneistä, joiden aikana huomioidaan myös omaisen jaksaminen. Kotona kuoleminen ei aina toiveista huolimatta toteudu. Omaiset saattavat uupua ympärivuorokautisesta hoitamisesta tai potilaan oireet ovat liian hanka-

lia kotona hoidettaviksi. Siirtyminen sairaalaan tai saattohoitokotiin ei ole tappio. Kotihoito on ollut arvokasta ja läheisten läsnäolo tärkeintä sairaalassakin. (Hänninen 2008: 135, 137, 140, 142-144.)

Omainen tarvitsee hoitajasta kuulijan ja läsnäolijan. Potilasta kotona hoidettaessa omaisenkin tarvitsee lepoa ja virkistäytymistä. Tällöin hän jaksaa potilaan rinnalla ja voimavarat riittävät kuoleman jälkeiseen suruun. Omaisille on tärkeää säännöllinen yhteydenpito ammattihenkilöiden kanssa. (Vainio 2004: 270-271.)

Saattohoito alkaa usein siirryttäessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, joka on sen ensisijainen toteuttaja. Saattohoitoa toteutetaan myös erikoissairaanhoidossa, vanhainkodeissa, yksityisissä hoitolaitoksissa ja potilaan kotona. (STM 2010: 17, 23.) Saattohoidon taso vaihtelee valtakunnallisesti ja siinä esiintyy saattohoitopolkujen jäsentymättömyyttä sekä yhteistyön puuttumista terveydenhuollon yksiköiden välillä. Terveyskeskusjärjestelmä tarjoaa hyvät mahdollisuudet saattohoidon järjestämiseen. (Vuorinen – Järvinen 2012: 446-449.) Jokaisessa sairaanhoitopiirissä tulisi olla alueellinen saattohoito-ohjeistus ja -suunnitelma, jossa saattohoitopotilaan hoitopolku kuvataan ja toiminta toteutuu sen mukaisesti. (STM 2010: 24.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, jossa opinnäytetyön haastattelut toteutettiin, on laadittu suunnitelma saattohoidonpolusta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Hoitomalli toteutetaan sosiaali- ja terveysministeriön syövän hoidon kehittämisen vuosina 2010 - 2020 mukaisesti, jolloin turvataan katkeamaton hoitoketju huomioiden potilaan hoidon vaatimustasoa vastaava hoitopaikka. (Saattohoito HYKS-sairaanhoitoalueella 2011: 14.)

Keväällä 2010 asetettu työryhmä selvitti saattohoitoa HYKS-alueella. Saattohoito oli selvityksen mukaan jäsentymätön ja käytettävissä olevissa resursseissa oli suurta vaihtelua. Myös osaamisen tasossa ja yhteistyössä oli vaihtelua eri yksiköiden välillä. Tämä asettaa potilaat eriarvoiseen asemaan. Työryhmän tavoitteena oli kuvata ja yhtenäistää saattohoitopotilaan hoitopolku (liite 1). Työryhmän ehdotuksen mukaisesti saattohoito toteutetaan kolmiportaisen hoitomallin mukaisesti (kuvio 3). Mallin tarkoituksena on turvata hoitoketju, joka on katkeamaton ja huomioi potilaan siirtymisen hoidon vaativuutta vastaavaan hoitopaikkaan oikea aikaisesti. (Saattohoito HYKS-sairaanhoitoalueella: 2011: 12, 14.)



Kuvio 3. Syövän hoidon kehittäminen 2010 – 2020 mukainen kolmiportainen malli (STM: 2010).

Tulevaisuudessa tullaan kehittämään kotona tapahtuvaa saattohoitoa, koska potilaat haluavat kuolla ennemmin kotona kuin sairaalassa. Suunnitelmallista yhteistyötä tarvitaan eri toimijoiden kesken mukaan luettuna julkinen, yksityinen ja vapaaehtoissektori. Tällä tarkoitetaan laaja-alaista ja tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden kesken sekä saattohoitopotilaan sekä hänen omaistensa kuulemista. (Ollila 2015: 94.)

2.3 Kivunhoito palliatiivisessa hoidossa

Kipu on potilaan henkilökohtainen (Kalso – Vainio – Haanpää 2009: 172) ja epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus. Kivun tehtävänä on viestittää jostakin vammasta tai kudolvauriosta. Ärsykkeen taustalla on monia sähköisiä ja kemiallisia tapahtumia. Kipu voidaan erotella akuutiksi eli lyhytaikaiseksi tai krooniseksi eli pitkäaikaiseksi. Akuutti kipu lievenee tavallisesti vaurion paranemisen myötä ja kivun aiheuttajana on elimellinen tekijä kuten haava tai murtuma. Kroonisena kipua pidetään silloin, kun kipu jatkuu tavallisen kudoksen paranemisen jälkeenkin. (Vainio 2004: 17, 25.) Pit-

källe edenneessä syövässä kysymyksessä on krooninen kipu. Syöpää sairastavalla potilaalla voi esiintyä akuuttia kipua, joka hoidetaan akuutin kivunhoidon keinoin, muun muassa päänsärky. Elimistössä tapahtuvat muutokset aiheuttavat kipua pysyen samanlaisena tai pahentuen ajan myötä, mutta harvemmin poistuvat kokonaan. Syöpäkipuakin voidaan vähentää muun muassa sädehoidolla tai leikkaushoidolla, kasvainta pienentämällä. (Hänninen 2015: 23.)

Kuolemaan johtavissa sairauksissa kipu on yleinen oire, muun muassa loppuvaiheen syövässä 35 – 96 %:lla esiintyy kipua. (Kuolevan potilaan suositus 2012: 17). Hyvä kivunhoito edellyttää ammattitaitoista henkilökuntaa, jolla on riittävästi aikaa huolehtia potilaan tarpeista. Oikein annosteltuna ja haittavaikutustenkin hoidolla suurin osa syövän aiheuttamista kivuista saadaan hoidettua hyvin. Kaikkea kipua ei kuitenkaan pystytä lievittämään lääkkeillä tai sädehoidolla. Potilaan tuntema henkinen ahdistus, ahdistuksen välittäjäaineen vuoksi, voi estää muun muassa morfiinin tehokkaan vaikutuksen. Pelon ja ahdistuksen tunteet saattavat olla vaikeasti hallittavan kivun taustalla, jotka tulee hoitaa. (Kalso 2014: 140–144.)

Palliativisen hoidon perusasia on hyvä kivunhoito. Syöpään tai sairauden loppuvaiheeseen liittyy usein kipua. Hoitamattomana kipu vaikuttaa laaja-alaisesti potilaan fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä hänen toimintakykyynsä. (Heiskanen – Hamunen - Hirvonen 2013: 385.) Kipulääkityksen tarkoituksena on pitää kipu poissa (Hänninen 2015: 23). Säännöllinen kivun arviointi ja sen kirjaaminen ovat kivunhoidon perusedellytys. Arvioitaessa potilaan kipua huomioidaan kivun mekanismi, joita voi olla kudosvauriosta johtuva, neuropaattinen tai viskeraalinen kipu. Lisäksi kirjataan kivun sijainti ja esiintyminen eli onko jatkuvaa vai ajoittaista sekä millainen vaikutus kiputuntemuksella on potilaan elämään sekä arvioidaan kivun vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn, potilaan mielialaan, liikkumiseen ja nukkumiseen. Kivun voimakkuus ilmaistaan numeraalisesti tai sanallisesti. Lämpilyöntikipun (äkillisesti pahentuva kipu) arviointi kohdistuu siihen onko lämpilyöntikipua vai ei ja kirjataan kivunhoitoon käytettävissä olevat lääkkeet, niiden teho ja lääkkeistä tulleet mahdolliset haittavaikutukset. (Heiskanen ym. 2013: 385–386.)

Lääketieteen kehittymisen myötä kärsimyksen lieventämiseen on paremmat mahdollisuudet. Voimakkaiden kipulääkkeiden saatavuuden parantuminen ja sitä kautta lääketieteellisuuden mukaantulo on lisännyt lääkäreiden kouluttautumista palliativisessa lääketie-

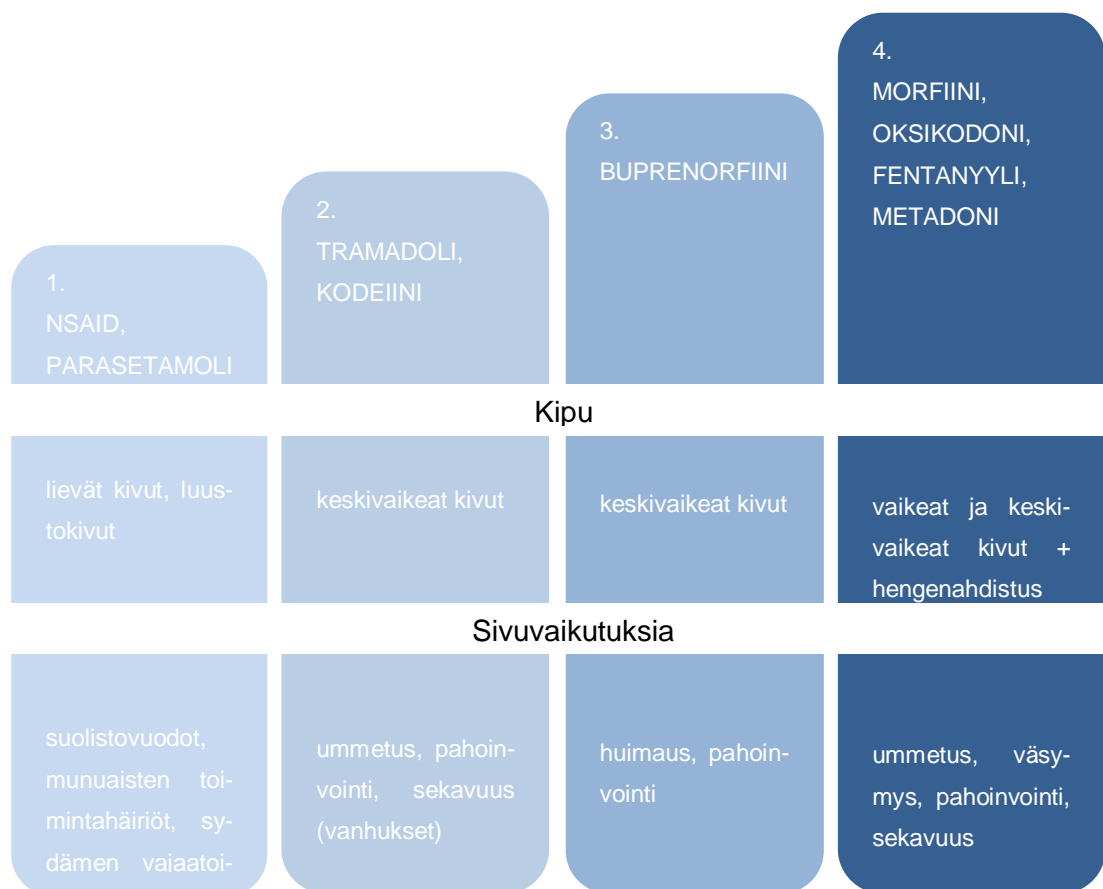
teessä. Terveydenhuollon yhtenä tavoitteena on kärsimysten lieventäminen ja rauhallisen kuoleman takaaminen. Kaikkein kärsimykseen, sen luonteesta riippumatta, ei ole saatavilla kuitenkaan riittävää lievitystä. (Hänninen 2006: 18, 24.)

Saattohoidossa kivunhoito on osa kokonaisuutta ja usein monien lääkkeiden yhtäaikaista käyttämistä. Potilailla on monia oireita ja joitakin lääkkeiden aiheuttamia oireita hoidetaan toisilla lääkkeillä sivuvaikutusten vuoksi. Kaikki potilaat eivät kärsi samanlaisista sivuvaikutuksista ja monien lääkkeiden yhtäaikainen käyttö voi vaikeuttaa yhteisvaikutusten huomioimista. Syöpäpotilaiden yleiskunto on usein heikentynyt ja he voivat olla kakektisia. Tyypillisesti heillä on monien elimien toiminnanvajausta. Nämä tekijät monimutkaistuttavat saattohoitopotilaan oirelääkitystä. Muusta lääkehoidosta eroten saattohoidossa otetaan huomioon välittömät sivuvaikutukset. Myöhäissivuvaikutukset eivät ole merkityksellisiä lyhyen odotettavissa olevan elinajan vuoksi. Lääkemäärää vähennetään karsimalla tarpeettomat lääkkeet. (Hänninen 2003: 46–47.)

Oireenmukaisessa hoidossa lääkkeiden antotavat saattavat poiketa totutusta, esimerkiksi parenteraaliseen lääkitykseen käytettyä valmistetta voidaan käyttää paikallisesti tai tabletteja voidaan jauhaa enteraaliseen käyttöön jauheena tai paikallishoitoihin. Merkityksellistä on lääkeaineen hyötyosuuden tietäminen antotavasta riippuen. Jollakin valmisteella voidaan saattohoidossa hoitaa lääkkeen normaalista käyttötarkoituksesta poikkeavia vaivoja. Potilaan kakektisuus vaikuttaa jossakin määrin lääkeaineen sitoutumiseen ja ihonalaisen rasvan määrän vähentyminen voi vaikuttaa esimerkiksi fentanyyli-laastarin imeytymistehoon. Munuaisten ja maksan vajaatoiminnalla on vaikutukset lääkeainemetaboliaan. Monien lääkkeiden kohdalla annostuksia voidaan joutua etsimään oikean tason löytymiseksi. (Hänninen 2003: 48-49.)

Lääkettä annosteltaessa periaatteena tulisi olla yksinkertaisuus, vähiten potilasta häiritsevää ja tehokasta antoreittiä käyttäen. Useimmiten lääkkeen annostelu on suun kautta, joka on potilaalle helpoin onnistuen myös kotihoidossa. Usein suun kautta annosteltuna saadaan yhtä hyvä teho kuin muillakin annostelutavoilla. Suun kautta annostelu ei kuitenkaan aina ole mahdollista lääkkeen ominaisuuden tai potilaan tilan vuoksi. Suun kautta annettavaa lääkitystä vaikeuttavat muun muassa suussa olevat infektiot, limakalvojen kuivuminen, nielemisvaikeudet, pahoinvointi ja oksentelu sekä imeytymisongelmat. Lääkkeen annostelussa voidaan käyttää myös enteraalista antoreittiä muun muassa nenämahaletkua tai gastrostoomaa. Lääkeaineen tulee olla sellaisessa muodossa, ettei se tuki letkua ja pääsee imeytymään. (Hänninen 2003: 49–50.)

Ihonalainen lääkkeiden antotapa voi tulla kyseeseen silloin, kun potilas ei pysty ottamaan lääkettä suun kautta. Etuna menetelmässä on useamman lääkkeen samanaikainen antaminen, mikä vähentää toistuvia lihakseen pistoksia. Mikäli potilaan iho- ja ihonalaishuokoksen verenkierto on alentunut, lihaksen sisäisellä pistoksella saadaan nopeampi vaikutus. Ihonalainen lääkehoito toteutuu infuusiopumpun kautta. Ihonlaian neulan paikkaa vaihdetaan muutaman vuorokauden välein. Ihoärsytyksen ilmaantuessa vaihto tehdään useammin. Infuusion etuna on sen avulla saavutettava tasainen lääkeainepitoisuus ja mahdollisuus annostella potilaalle lisälääkitystä boluksina. (Hänninen 2003: 51–53.)



Kuvio 4. WHO:n mallin mukaisesti toteutettava kivunhoito. (WHO)

WHO:n 1986 laatimissa periaatteissa saattohoidossa olevan syöpäpotilaan lääkityksen tulee olla säännöllistä kaikkina vuorokauden aikoina. Lääkityksessä on varauduttava läpilyöntikipuihin ennalta ja lääkityksen tulee perustua kivun portaitaiseen hoitoon. Portaitaisuudella tarkoitetaan kivun hoitamista voimakkuuden mukaisesti (kuvio 4). Yksinkertaistaen kivunhoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä (esimerkiksi Burana, Ketorin, Panadol), johon lisätään rinnalle heikko opioidi kattoannoksen tullessa tai sivuvaikutusten rajoittaessa näiden käyttöä. Tulehduskipulääkkeiden tyypillisimpiä sivuvaikutuksia

ovat vatsan limakalvon ärtyminen ja suolistoverenvuodot. Vanhusten kohdalla suositetaan varovaista tulehduskipulääkkeiden annostelua. Heikon opioidin tilalle vaihdetaan vahva opioidi vastekaton täytyessä. Näiden lisäksi tarvittaessa mukana on muita kipuun vaikuttavia lääkkeitä. Tavanomaisen särkylääkkeen ollessa riittämätön siirrytään morfiinin kaltaisiin lääkeaineisiin, joilla ei ole kattoannoksia. (Hänninen 2003: 88–89; Hänninen 2015: 24–25.)

Voimakkaasta kivusta kärsivän potilaan lääkehoidon aloittaminen portaikon alimmalta tasolta ei kuitenkaan ole potilaan edun mukaista, vaan tällaisissa tapauksissa kivunhoito aloitetaan suoraan opioidilla. Oikean annoksen sekä annostiheyden löytyminen voi olla työlästä. Periaatteena voidaan pitää lääkityksen aloittamisen varovaisesti ja siirtyminen suhteellisen lyhyessä ajassa ylläpitoannoksiin. (Hänninen 2003: 90.) Voimakkaan kipulääkkeen valintaa ohjaa kivun voimakkuus, kivun laatu ja mahdolliset sivuvaikutukset. Yleisimmät sivuvaikutukset ovat ummetus, pahoinvointi, harhanäyt ja väsymys, joka voi olla lääkkeestä johtuvaa tai osa taudin kulkua. Alkuun sivuvaikutusten esiintymisestä huolimatta ei ole syytä jättää kipulääkitystä voimakkaan kivun hoidossa. Ummetuksen hoidossa heti alusta alkaen tulee olla ummetuslääkehoito käytössä. Pahoinvointi helpottuu muutamassa päivässä ja mikäli ei niin aloitetaan pahoinvointilääkitys. Harhanäyt ovat harvinaisempia sivuvaikutuksia, jolloin keinona on vaihtaa morfiinin sukuinen lääke johonkin toiseen saman ryhmän lääkkeeseen. (Hänninen 2015: 25–26.)

Saattohoidossa olevalla potilaalla oleva pahoinvointi liittyy usein annettuihin lääkkeisiin, tulehduksiin, ummetukseen tai kasvaimen aiheuttamaan suolitukokseen ja taustalla usein monia tekijöitä. Lääkityksellä pahoinvointia voidaan helpottaa silloin, kun syytä ei voida poistaa. Kipulääkkeen aiheuttamaan pahoinvointiin voidaan vaikuttaa nopeuttamalla mahalaukun tyhjentymistä tai vaikuttamalla lääkkeellisesti suoraan pahoinvointikeskukseen. Yleisimmin käytettyjä lääkeaineita ovat Metopram ja Serenase. Pahoinvointin syyn selvittäminen on tärkeää ja tarpeen mukaan lääkitystä muutetaan, mikäli lääke osoittautuu tehottomaksi. (Hänninen 2015: 32–33.)

Vahvat kipulääkkeet aiheuttavat lähes jokaiselle ummetusta. Tämän lisäksi ravitsemuksen niukkuus, vähäinen nesteenmäärä ja liikkumisen vähäisyys hidastuttavat suolen toimintaa. Ummetuksen hoitona on ulostetta pehmentävät tai suolen toimintaa vilkastuttavat ummetuslääkkeet. Morfiinin aiheuttaman ummetuksen hoidossa saattaa apua olla ummetusmekanismiin vaikuttavasta lääkkeestä, Relistor. Tarpeen mukaan suoli tulee

toimittaa ulosteen kertymisen estämiseksi. Ruokavaliossa vältetään ummettavia ruoka-aineita. (Hänninen 2015: 36.)

Hyvässäkin kivunhoidossa potilas voi tuntea ajoittaista voimakastakin kipua. Läpilyöntikivulla tarkoitetaan kipua, joka ilmaantuu äkillisesti eikä välttämättä liity asennonvaihtoon tai liikkumiseen. Kipu kestää usein 30 – 60 minuuttia ja saattaa toistua useamman kerran päivässä. Läpilyöntikivun lääkkeen tulisi olla nopeavaikutteinen ja lyhytkestoinen, kivun huippu tulee muutamassa minuutissa. (Hänninen 2003: 100–101; Hänninen 2015: 30–31.) Opioidit ovat tehokkaita läpilyöntikivun hoidossa ja lääkeaineen valintaan vaikuttaa lääkkeen vaikutuksen alkaminen sekä kesto. Lyhytvaikutteiset muun muassa morfiini- ja oksikodonivalmisteet alkavat vaikuttaa 30 – 45 minuutissa, kun taas fentanyylivalmisteet 5 – 10 minuutissa. Eroa on valmisteiden vaikutusajalla, opioidit vaikuttavat 4 – 5 tuntia kun taas fentanyylin vaikutus tunnin verran. (Kuolevan potilaan oireiden hoitosuositus 2012: 18.) Kuviossa 5 on esitetty vahvojen opiaattien aloitusannoksia kuolevan potilaan oireiden suosituksista.

Opioidi	Lyhytvaikutteinen valmiste (kerta-annos, tarvittaessa 4–6 tunnin välein)	Pitkävaikutteinen säännöllisesti annettava valmiste/vrk	Parenteraalinen anto (kerta-annos)	Parenteraalinen jatkuva anto/vrk
Morfiini	10–20 mg suun kautta	60 mg suun kautta	4–6 mg laskimoon tai 5–10 mg ihon alle	30 mg laskimoon tai ihon alle
Oksikodoni	5–15 mg suun kautta	40 mg suun kautta	3–4 mg laskimoon tai 5–10 mg ihon alle	20 mg laskimoon tai ihon alle
Metadoni	Ei käytetä	10–15 mg suun kautta	Ei käytetä	Ei käytetä
Fentanyyli-laastari ¹⁾	Ei käytetä	12–25 µg/h		

1) Vain stabiiliin kipuun; ei yleensä aloituslääke

Kuvio 5. Vahvojen opioidien aloitusannoksia. (Kuolevan potilaan oireiden hoitosuositus 2012).

Lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi voi olla käytössä lääkkeettömiä vaihtoehtoja. Lämpö – ja kylmähoidot voivat olla kivunlievitys keinoina kivun syystä riippuen. (Grönlund – Huh-
tinen 2011: 131.) Kylmähoidossa kipeän alueen päälle asetetaan esimerkiksi kylmäpak-

kaus 20 – 30 minuutin ajaksi. Pakkauksen ja ihon välissä pidetään ohutta kangasta ehkäisemään paleltumia alueella. Liian pitkällä käyttöajalla voidaan aiheuttaa myös haitallisia vaikutuksia kuten hermovaurioita. Kylmähoidon tarkoituksena on vähentää hoidetavalta alueelta aineenvaihduntaa, mikä vaikuttaa turvotusta ja kipua vähentävästi. Hoitomuotoa ei voida käyttää, mikäli hoidettava alue on tunnoton tai siinä on huono verenkierto. Kylmähoidon vaikutukset perustuvat kudosten lämpötilan alentumiseen, joka johtaa lihasten rentoutumiseen. Kipua lievittävä vaikutus syntyy hermoratojen johtumisnopeuden alentumisesta. (Koskelo 2015: 9; Pohjolainen 2009: 238 – 239.)

Kipeää aluetta lämmittämällä esimerkiksi lämpötyynyllä voidaan vähentää kivun tuntemusta vilkastuttamalla aineenvaihduntaa kudoksessa. Lämpö aiheuttaa verenkierron vilkastumista ja lihasten rentoutumista. Esteitä lämpöhoidon toteuttamiselle ovat erilaiset tulehdukset, kasvain tai etäpesäke hoidettavalla alueella. Valtimoverenkierron ollessa huono lämpöhoitoa annettaessa tulee olla varovainen, koska lämpöhoidon aikana paikallisesti laajentuneet verisuonet heikentävät syvien ja ääreisosien verenkiertoa. Syvälämpöhoidon esteenä on sydänsairaus, rytmihäiriötaipumus ja erilaiset verenvuotosairaudet. Lämpöhoidon vaikuttavuutta ei paljoakaan tutkittu. (Koskelo 2015: 9; Pohjolainen 2009: 237-238.)

Sairauden loppuvaiheessa esiintyy usein oksentelua ja pahoinvointia. Pahoinvoinnin taustalla voi olla monia syitä, joita hoitamalla voidaan pahoinvointia lievittää. Metoklopramidi on tehokas kroonisen pahoinvoinnin ja oksentelun hoidossa myös 5-HT-reseptorin salpaajista voi olla hyötyä. Kortisonia on yhdistetty joissakin tilanteissa, luotettavaa näyttöä sen puolesta kuitenkin ei ole. (Kuolevan potilaan oireiden hoitosuositus 2012: 8.)

Palliativisen hoidon potilailla esiintyy yleisesti ummetusta, joka on selvästi yleisempää kuin ripuli. Ummetuksen hoitoon suositellaan käytettäväksi pehmittäviä laksatiiveja, tutkimusnäyttöä ei ole minkään yksittäisen laksatiivin suosittamisesta tai yhdistelmästä. Ripulia voi esiintyä annettujen syöpähoitojen vuoksi, osittaisen suolitukoksen tai imeytymishäiriön vuoksi. Loperamidi on palliativisen ripulin hoidossa käytetty lääkeaine. (Kuolevan potilaan oireiden hoitosuositus 2012: 8.) Kuolevan potilaan kohdalla on muitakin oireita, jotka eivät ole tämän tutkimuksen kohteena.

2.4 Käypähoitosuosittelujen ja hoitotyön suositusten käyttäminen

Käypähoitosuosittelut ovat asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia ja tieteellisesti hyvin perusteltuja kannanottoja yksittäisten sairauksien diagnosoinnista sekä hoidon vaikuttavuudesta. Hoitosuosituksessa esitetään mitä asioita kannattaa huomioida kyseisen sairauden ehkäisemiseksi, hoitamiseksi ja kuntouttamiseksi. Suositukset ovat kansallisia ja niiden tarkoituksena on yhtenäistää käytäntöjä parantaen hoidonlaatua. (Hoitosuositustyöryhmien käsikirja 2012: 5.) Tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä hoito ja hoitokäytäntöerojen vähentäminen. (Lehtomäki 2009: 15.)

Suosittelut eivät ole määräyksiä tai viranomaisten laatimia ohjeita. Yksittäisen potilaan kohdalla kokonaistilanne toiveineen ja lääkärin tai hoidonantajan kokemus täydentävät tieteellistä näyttöä. Suosituksia voidaan käyttää hoitopäätösten tueksi. Suositusten päivitystyötä tehdään kolmen vuoden välein. Työssä on mukana työryhmä joka koostuu suositusta koskevista erikoisalan asiantuntijoista, yleislääkäreistä ja mahdollisesti muista terveydenhuollon ammattilaisista. (Lehtomäki 2009: 15; Hoitosuositustyöryhmien käsikirja 2012: 5).

Hoitosuosituksissa olevan näytön aste vaihtelee asteikolla A – D. Näytön asteista vahvin on A, jossa on vähintään kaksi tasokasta tutkimusta sekä niiden tuloksissa samansuuntaisuus. B - tason näytön asteella on vähintään yksi tasokas tutkimus. D - taso on heikoin näytön aste, jossa kliinisistä tutkimuksista on vähän tai ei lainkaan, siinä voidaan kuitenkin tehdä kannanotto kyseessä olevan diagnostiikan tai hoidon kannalta tärkeä päätöskohta. Kuviossa 6 nähdään näytön asteen arviointikriteerit. (Hoitosuositustyöryhmien käsikirja 2012: 64.)

Näytön aste	Kuvaus
A = vahva	Meta-analyysi, järjestelmällinen katsaus.
B = kohtalainen	Järjestelmällinen katsaus, yksi satunnaisesti hoidettuihin tai useita hyviä kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
C = niukka	Yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus tai useita muita kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset TAI useita määrällisesti kuvailevia tai korrelaatioita tutkimuksia, joissa samansuuntaiset tulokset TAI useita hyviä laadullisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset.
D = heikko	Yksittäiset hyvät muut tutkimukset, tapauksitutkimukset, konsensuslausumat ja asiantuntija-arvot. Kun näyttö on arvostettujen asiantuntijoiden konsensuksen tulosta, kuvataan, miten se on syntynyt.

Kuvio 6. Näytön asteen arviointikriteerit. (Käypähoito käsikirja 2007).

Lehtomäki tutki väitöskirjassaan (2009) hoitosuosituksista terveyskeskuksissa. Tutkimuksen mukaan hoitosuositusten tunnettavuus on osittain heikkoa. Lääkärien kohdalla voi puhua paremminkin tietoisuudesta suositusten olemassaolosta. Lääkärit tuntevat tutkimuksen mukaan hoitosuosituksen paremmin kuin hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökunnan suositusten tunnettavuutta heikentäväksi tekijäksi Lehtomäki arvioi huonon saatavuuden ja tiedottamisen. Uudet julkaisut kohdistetaan lähinnä lääkäreille vaikka koko hoitohenkilökunnan odotetaan noudattavan suosituksia omassa työssään (Lehtomäki 2009: 209).

Häggman-Laitilan 2009 tekemän katsauksen mukaan löytyi kolme toimintamallia näyttöön perustuvan hoitotyön edistämiseksi. Kliinisessä päätöksenteossa tutkimustiedon hyödyntämisen on havaittu olevan vähäistä vaikka olemassa olevien julkaisujen määrä onkin kasvanut. Löydetyt toimintamallit olivat hoitotyön muutosta tukeva malli, hoitotyöntekijöiden valmiuksia ja yhteistyötä sekä tutkimustiedon levitystä koskevat mallit. (Häggman-Laitila 2009: 20-27.)

Tämän opinnäytetyön tarkastelun kohteena oleva käypähoitosuositus koskee laadittua suositusta kuolevan potilaan hoidosta. Lääkärisen Duodecim:n ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettaman työryhmän käypähoitosuositus kuolevan potilaan oireiden hoidosta perustuu tutkimustietoon. Suositus lähtee siitä, että jokaisen syöpää sairastavan potilaan tulisi saada tarpeiden mukaista oireidenhoitoa ja saattohoitoa asuin- tai hoitopaikastaan riippumatta. Oireenmukaista hoitoa tulee antaa

kaikille kuoleville potilaille ja kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille. Suosituksissa keskitytään oireita helpottavaan lääkehoitoon ja käsitellään myös neste- ja ravitsemushoidon sekä hapen antamisen hyötyjä kuolevan potilaan hoidossa. (Kuolevan potilaan oireiden hoitosuositus 2012: 2,4; STM 2010: 6.)

Tehtäessä päätöstä saattohoidon aloittamisesta kuunnellaan potilasta ja kerrotaan hoidon perusteista ja seuraamuksista. Potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua päätöksen-tekoon ja hoitolinjaukset tehdään yhteisymmärryksessä potilaan sekä hänen omaistensa kanssa. Tehdyt päätökset kirjataan potilaan sairaskertomukseen. Keskeisin asia suosituksessa on sairauden ja lähestyvän kuoleman oireista johtuvien kärsimysten lieventäminen. Suosituksella tarkoitetaan potilaita, joiden elinennuste on lyhyt ja voidaan jollakin tarkkuudella ennakoida lähestyvää kuolemaa. (Kuolevan potilaan oireiden hoitosuositus 2012: 3.)

Hoitotyön suositusten laatimisesta Suomessa on vastannut Hoitotyön tutkimussäätiö. Vuonna 2008 julkaistiin ensimmäinen hoitosuositus. Suositukset ovat hoitotyön asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia ja tieteellisesti perusteltuja kannanottoja. Järjestelmällisesti laaditut suositukset ovat kannanottoja tutkimus- ja hoitovaihtoehtoihin, niiden käyttökelpoisuuteen ja vaikuttavuuteen. Tavoitteena on inhimillinen, oikea ja oikea-aikainen hoito potilaalle. Suositusten olemassa ololla ei korvata terveydenhuollon ammattilaisten arviota yksittäisen potilaan parhaasta mahdollisesta hoidosta. Suositusten käyttäminen terveydenhuollossa on konkreettinen osoitus näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisesta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013: 3-4.)

Hoitotyön suositukset on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisille käytettäväksi potilaan hoidon päätöksen teon tueksi. Ammattilaisten lisäksi kansalaisilla, potilailla ja heidän läheisillään on mahdollisuus saada luotettavaa tietoa hoitotyön menetelmistä, mikä luo perustan turvalliselle hoidolle. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013: 4.) Valtakunnallisesti on laadittu erilaisia toimintaohjeistuksia, kuten Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatimat toimintaohjelmat Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön (2009) ja Hyvä saattohoito Suomessa (2010) sekä Toimiva terveyskeskustoimenpide ohjelma (2012), joissa viitataan suosituksiin.

Melanderin ja Häggman-Laitilan (2010) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kuvattiin näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoa koulutuksen avulla. Johtopäätöksinä voidaan pitää koulutuksen, erityisesti työpajatoiminnan, suosittamista näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisessä. Käyttöönotossa tarvitaan yhteistyötä hoitotyöntekijöiden, tutkijoiden, opetustehtävissä toimivan henkilöstön sekä hoitotyön johtajien välillä. Toimintaan tulisi resursoida enemmän, koska sillä on vaikutusta muun muassa hoitokäytäntöihin. Haasteena on löytää toimivat menetelmät näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotolle sekä tarve kehittää ja testata vaikuttavuuden arvioitiin käytettäviä mittareita. (Melander – Häggman-Laitila 2010: 52–53.)

Alanen ym. (2009) ovat tutkineet neljän suomalaisen terveyskeskuksen sairaanhoitajien kokemuksia hoitosuosituksen implementoinnista eli käyttöönotosta. Tutkimukseen osallistuivat terveyskeskusten sairaan- ja terveydenhoitajat, joiden kokemuksista etsittiin hoitosuosituksen hyväksymiseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan hoitosuositukset ovat työväline näyttöön perustuvan toiminnan parantamiseen. Sairaanhoitajat kokivat hoitosuosituksen edistävän näyttöön perustuvaa toimintaa. Organisaatioiden johdon tukea tarvitaan suositusten onnistuneelle mukauttamiseen käytäntöön. (Alanen – Välimäki - Kaila 2009: 2620.) Tutkimus tukee aiemmin tutkittua tietoa. Tutkijaryhmä sai aineistosta esille neljä ryhmää käyttöönottoon vaikuttavista tekijöistä. Ensimmäisenä olivat organisaatioon liittyvät tekijät, suositusten mukauttaminen paikallisesti, saatu tuki johdolta ja lääkäreiltä sekä henkilöstöresurssit. Hoitajiin itseensä liittyvinä tekijöinä kuvattiin heidän tietoisuutensa hoitosuosituksista, asenteet ja sitoutuminen. (Alanen ym. 2009: 2620.)

Sand (2003) tutki väitöskirjassaan saattohoidon toteutumista. Aineisto kerättiin suomalaisista saattohoitokodeista hoitajia haastatteleamalla. Tutkimus selvitti millaista kuolevan potilaan hoitaminen oli saattohoitokodissa ja millaisia odotuksia potilailla ja hänen omaisillaan oli saattohoidolle. Tulosten perusteella saattohoidon voidaan sanoa olevan yksilöllistä ja perhekeskeistä. Hoitamisen lähtökohtina olivat: potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset ja henkiset tarpeet. Hyvän perushoidon ja kivun hoitaminen nähtiin osaksi hyvää kuolevan potilaan hoitoa. Voimavarana hoidossa on perhe, jota pyritään tukemaan kuoleman jälkeenkkin. (Sand 2003: 6.)

Anttonen (2016) haastatteli väitöskirjassaan 45 henkilöä, jotka olivat potilaita, perheenjäseniä ja hoitohenkilökuntaa. Tutkimuksen mukaan hyvä kuolema toteutuu potilaan,

omaisten ja ammattitaitoisen henkilökunnan vuorovaikutteisen yhteistyön avulla. Hoito-henkilökunta tarvitsee tietoa, vuorovaikutustaitoja ja hoitamisentaitoja pystyäkseen vas-taamaan potilaan ja omaisten hoitamisen haasteisiin. Anttosen osaamisen tukemiseen tulee kiinnittää huomiota. Motivoitunut henkilökunta saadaan jo rekrytointi vaiheessa, kun työtä hakevalle kerrotaan työnkuvan sisältävän kuolevan potilaan hoitoa. Saattohoi-dossa osaamisen syventyminen edellyttää kokemusten jakamista ja niistä oppimista sekä työnohjausta. (Anttonen 2016: 36–37, 135–139.)

Lääkärien tekemiin hoidonlinjauksiin vaikutti Hinkan (2001) väitöskirjan mukaan lääkärin kokemus. Kokemus antaa laajemman näkemyksen kuolevan potilaan kokonaistilan-teesta. Kokemuksen perusteella lääkäri teki aktiivihoitojen lopettamispäätöksen potilaan parasta ajatellen. Laaditun hoitotestamentin olemassa olo helpottaa kokemattoman lää-kärin tekemiä hoitopäätöksiä. Potilaan edun mukaisiin hoitoratkaisuihin päästään lisää-mällä lääkäreille palliatiivisen hoidon koulutusta. (Hinkka 2001: 72-73.)

Potilaan fyysisten oireiden helpottaminen esimerkiksi lääkkeellisesti on helpommin to-teutettavissa kuin henkisten oireiden. Tämän kaltainen tulos saatiin Australialaisessa tut-kimuksessa, jossa selvitettiin omaishoitajien kokemuksia kotona toteutettavasta saatto-hoidosta. Potilaiden henkisen tuen tarpeeksi nousi keskustelutuki kuoleman ja kärsimyksen pelosta sekä selviytymisestä. Kiputuntemuksen nähtiin lisäävän henkisen tuen tar-vetta. (Ventura – Burney – Brooker – Ricciardelli 2014: 391–402.)

Sairaanhoitajien tutkimustiedon käytöstä on olemassa tutkimustuloksia. Korkeamman koulutuksen saaneet sairaanhoitajat nähdään keskeisessä roolissa tutkimustiedon käy-tön edistämässä. Ammattikorkeakoulu- ja yliopistokoulutus on lisännyt tiedollisia val-miuksia tutkimustiedon käytölle ja erilaiset tutkimusten luku- ja arviointitaidot tukevat tut-kitun tiedon soveltamista hoitotyöhön. Perusedellytys tiedon hankintaan ja käyttöön on tiedonhaun perusosaaminen. Tietokone on nykyisin keskeinen työväline hoitotyössä. Sähköistä tiedonhakua pidetään kuitenkin vaikeana ja tietokoneiden hyödyntäminen tie-donhaussa on sattumanvaraista. Heikosti tietotekniikkaa osaavat eivät hallitse sähköistä tiedonhakua ja tutkimuksellisen tiedon hankinta on vaikeampaa. (Lahtonen- Johansson -Hupli 2010: 108-117.)

Tietotekniikkaa hyvin hallitseva hoitaja kokee tietotekniikan parantavan hoitotyötä. Internetin käyttö on useimmille tuttua ja sitä käytetään päivittäin. Terveystieteiden keskeisten tietokantojen (esimerkiksi Medline ja Cinahl) tunnettavuus on heikkoa ja niiden käyttäminen on vähäistä. Myönteinen suhtautuminen tutkimukselliseen tietoon ja tiedonhaun mahdollistava ajankäyttö ovat avain asemassa. Suomalaiset hoitajat lukevat pääsääntöisesti kotimaisia ammattilehtiä ja hoitotieteen opintoja suorittaneet puolestaan perehtyvät useammin ulkomaisiin julkaisuihin. (Lahtonen ym. 2010: 108-117.)

Potilaan toivoa käsiteltiin Hävölän ym. (2015) tutkimuksessa. Tutkimuksen kohteena oli saattohoidossa olevan potilaan toivo. Toivo kuvattiin moniulotteiseksi ja elämänlaatua parantavaksi tekijäksi. Tutkimuksen mukaan hoitajalla on oltava kykyä, valmiuksia ja rohkeutta syvempäänkin keskusteluun potilaan kanssa. Samassa tutkimuksessa tuotiin esille myös, että hoitajille tulisi olla oirehoitoon liittyvää koulutusta. (Hävölä – Kylmä – Rantanen 2015: 146-147.)

Sairaanhoitajien tehtävänä saattohoidossa on perushoidollisten toimien hoitaminen, hengellisyyden huomiointi sekä lääkehoidon toteuttaminen. Lääkehoidon säännöllinen arviointi kuuluu tehtävän kuvaan ja potilaan sekä omaisten tukemiseen kotona. Palliativisen hoidon toteuttaminen vaatii uudelta työntekijältä koulutuksen saamista ja mahdollisuutta keskustella kuolemasta työpaikallaan. (Lewis 2013: 22–26.)

2.5 Laaditut hoitosuositukset

Hoitotyön tutkimussäätiö on laatinut hoitosuosituksen toimenpiteen jälkeiseen kivunhoitoon. Suosituksen tavoitteena on edistää sairaanhoitajien päätöksentekoa kivun hoitotyössä ja edistää aikuispotilaasta lähtöistä hoitotyötä sekä kivunhoidon oikeanaikaista toteutumista. Suosituksen keskeisinä osa-alueina ovat: potilaan ohjaus, kivun tunnistaminen, kivun arviointi, kivun lääkehoidon- ja muiden hoitomenetelmien toteutus, potilaan voinnin seuranta, kivun hoitotyön kirjaaminen ja kivunhoitotyön laadun varmistaminen. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 4.)

Kipua määritellään moniulotteisena ilmiönä. Kipu on potilaan yksilöllinen kokemus ja aistimus. Potilas on itse paras kipunsa asiantuntija. Potilaan omat tuntemukset kivusta ovat kivunhoidon lähtökohdat. Kivunhoitotyö on kivun hoitamista hoitotyön keinoin. Hoitotyö etenee kivun tunnistamisesta toiminnan toteuttamiseen ja sen arviointiin. Säännöllisesti

arvioituna kipu ohjaa valitsemaan menetelmiä kivunhoitoon. Kivun arviointiin on käytävissä erilaisia mittareita. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 4–6.)

Potilaan tulee saada tietoa kivunhoidosta, hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista omalla äidinkielellään, ymmärrettävästi ja selkeästi. Potilaan hyvä ohjaus antaa riittävästi tietoa päätöksentekoon. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 6). Potilaan hyvällä ohjauksella ennen kirurgista leikkausta pyritään edistämään potilaan parantumista. Ohjaus antaa tietoa kivunhoidosta ja vähentää leikkaukseen liittyvää pelkoa sekä ahdistusta. Ohjaus lisää tyytyväisyyden tunnetta kivunhoitoon ja tukee potilaan omaa aktiivisuutta ilmaisemaan kiputuntemuksiinsa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 8 – 9.) Potilaan aiemmat kokemukset kivusta, tulevasta toimenpiteestä ja mielentila sekä sukupuoli vaikuttavat toimenpiteen jälkeiseen kipuun ja sen arviointiin. Naisten todetaan kokevan toimenpidetiedon miehiä kovempaan ja tarvitsevan enemmän leikkauksen jälkeen kipulääkkeitä. Näiden asioiden huomioiminen on tärkeää kivun tunnistamisessa. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 8, 9, 11).

Kipua arvioitaessa käytetään potilaan omaa arviota kivun voimakkuudesta ja ensisijaisesti potilaan valitsemaa kipumittaria (NRS, VAS, VDS, FPS) (liite 2). Mittaria käytetään koko hoitojakson ajan ja käytetyn mittarin valinta kirjataan potilaan asiakirjoihin. NRS numeerinen mittari (number rating scale) on 11- portainen asteikko, jossa 0 tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 sietämätöntä kipua. VAS visuaalinen analoginen mittari (visual analogue scale) on 10 cm mittainen jana, jonka toinen pää tarkoittaa kivuttomuutta ja toinen pää sietämätöntä kipua. VDS sanallinen mittari (verbal descriptor scale) jonka arviointi menee: ei kipua – lievä kipu – kohtalainen kipu – voimakas kipu – sietämätön kipu. FPS kipukasvomittari (faces pain scale), jossa kasvot eri ilmein kuvaavat kivun voimakkuutta asteikolla ei lainkaan kipua – sietämätön kipu. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 12–14.)

Mittareiden soveltuvuudessa on eroja. Kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kivun arvioinnissa apuna käytetään havainnointimittareita (liite 2). Havainnointimittareiden avulla havainnoidaan potilaan kipua käyttäytymisen kautta. Kipua osoittavia kriteerejä ovat kasvojen ilmeet, ääntely, kehon kieli, muutokset päivittäisissä toimissa, persoonal-

lisuuden muutokset henkisissä toiminnoissa. Kivun arviointi on säännöllistä sekä tarvittaessa toteutettavaa ja potilasta havainnoivaa. Potilaalta kysytään kivun laatua ja sijaintia. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 12–14.)

Potilaan asiakirjoihin merkitään säännöllisesti ja ymmärrettävästi millaisia päätöksiä kivunhoidosta on tehty, millaisin perustein ja vaikutukset annetusta hoidosta. Kirjaamisella turvataan potilaan ja henkilökunnan oikeusturva. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 6.)

Kivun lääkehoidon toteutuksesta vastaa sairaanhoitaja joka noudattaa lääkäriltä saamia ohjeita. Ohjeet lääkkeen määrästä, antoreitistä ja antoajasta suunnitellaan yksilöllisesti potilaan kivun arviointiin perustuen. Kivunhoidossa käytetään lääkehoidon rinnalla muitakin menetelmiä. Näitä kivunhoitomenetelmiä ovat fysikaaliset ja kognitiiviset menetelmät, joista sairaanhoitajan tulisi olla tietoinen. Fysikaalisia menetelmiä kivunhoidossa ovat hieronta, akupunktio, kylmähoidot sekä liike- ja asentohoidot. Voidaan käyttää kivunhallinta menetelmiä, hoitaa musiikin avulla, käyttää rentoutumismenetelmillä, käyttää ohjattua mielikuvittelulla ja suunnata huomio pois kivusta sekä kofeiinilla. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 16-17).

Potilaan voinnin seuranta kivunhoidon toteutuksen aikana on suositusten mukaan säännöllistä ja aktiivista. Omatoimisesti potilaat eivät välttämättä tuo esiin lääkehoidosta ilmeneviä haittavaikutuksia tai kiputuntemuksiaan. Lääkehoidon aiheuttamista yhteisvaikutuksista on saatavilla tietoa terveystietä. Kivun kirjaaminen asiakirjoihin on täsmällistä. Kirjaamisesta tulee esille millaisia päätöksiä on tehty ja perusteet tehdyille päätöksille. Jokaisen työvuoron aikana potilasasiakirjoihin kirjataan kuvaus potilaan kivusta, kivun sijainnista ja voimakkuudesta. Lisäksi kirjataan käytetyt hoitomenetelmät ja niiden vaikutukset sekä mahdolliset ilmenevät haittavaikutukset. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 20–21.)

Hoitohenkilökunnan säännöllisellä koulutuksella varmistetaan kivunhoitotyön laatu. Kivunhoito on moniammatillista ja organisoitua. Potilaan hoitopolkujen kuvaaminen ja näyttöön perustuvan tutkitun tiedon käyttäminen parantaa kivunhoidon laatua. Koulutuksella vaikutetaan hoitohenkilökunnan tietoon kivunhoidosta ja menetelmistä sekä parannetaan kirjaamista. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun

hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 21-22). Hoitohenkilökunnan vastuualueet on määriteltävä ja potilailta kartoitetaan säännöllisesti tyytyväisyyttä saamaansa kivunhoitoon. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 22).

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Espoon kotisairaalan sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidon ja kivunhoidon toteuttamisesta. Tarkoituksena on myös kuvata hoitajien kokemuksia olemassa olevien hoitosuositusten käytöstä ja hoitajien toimintaympäristöltä saamaa tukea tutkitun tiedon käyttöön. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa kehittämisen tarpeista.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidosta ja kivunhoidosta kotisairaalassa.
2. Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia hoitosuositusten käytöstä.
3. Kuvata sairaanhoitajien työnantajalta saatua tukea näyttöön perustuvan tiedon käyttämiselle.

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Toimintaympäristön kuvaus

Kotisairaala on kotona toteutettavaa sairaalatasoista hoitoa, joka nähdään vaihtoehdoksi sairaalan sijaan, tukien potilaan itsemääräämisoikeutta. Erona kotisairaanhoidon, joka sisällöltään varsin samankaltaista, on usein potilaiden huonokuntoisuus. Ilman kotisairaalan tukea huonokuntoiset potilaat joutuisivat sairaalaan hoidettavaksi. (Saarela 2005: 203.)

Kotisairaala toimintaa on tarjolla monessa Suomen kaupungissa ja se on ympärivuorokauden saatavilla olevaa palvelua. Espoossa kotisairaaloiminta on käynnistynyt

vuonna 2001. Sairaalataseista hoitoa tarjotaan Espoolaisille aikuisille koko kaupungin alueella. Kotisairaalan yleisimmät potilasryhmät ovat erilaiset infektiopotilaat sekä oikeenmukaista- tai saattohoitoa tarvitsevat potilaat. Palliatiivinen kotisairaaloiminta mahdollistaa potilaalle korkeatasoisen, yksilöllisen ja turvallisen hoidon elämän loppuvaiheeseen sekä kuoleamisen kotona. (Saarelma 2005: 203–204; Kotisairaalan toiminnallinen suunnitelma 2013: 2.)

Hoito kotisairaalaossa perustuu vapaaehtoisuuteen ja potilaan halukkuuteen tulla hoideksi siellä. Kotisairaalaan saapuneessa läheteessä ilmenee muun muassa tämän hetkinen diagnoosi ja perussairaudet lääkityksineen. Kotisairaalaossa varmistetaan, että lähetteen mukainen hoito siellä on mahdollista. Mahdollisia esteitä hoidolle ovat potilaan huono yleistila, päihteiden käyttö ja hankalat psyykkiset sairaudet. (Kotisairaalan toiminnallinen suunnitelma 2013: 2.)

Espoon kotisairaalaan hoitoon pääsee lääkärin läheteellä päivystyksestä, terveysasemilta, sairaalan osastoilta tai hoitokodista. Hoidossa olevat potilaat selviytyvät päivittäisistä toiminnoistaan itsenäisesti tai omaisten avustuksella sairaanhoitajan käyntien välillä. Hoitoa annetaan ympärivuorokauden kaikkina viikon päivinä ja hoidon päävastuullisena on lääkäri. Hoito on sairaalataseista eli vaihtoehto osastohoidolle silloin, kun lääkäri arvioi kotisairaalahoidon mahdolliseksi. Espoon kotisairaalan toimipiste sijaitsee tutkimushetkellä Espoon sairaalassa, Puolarmetsässä. Kotisairaala siirtyy tulevaisuudessa Jorvin kampukselle uuteen sairaalaan. Kotisairaalaossa työskentelee 20 sairaanhoitajaa, kaksi lääkäriä virka-aikana, osastonhoitaja sekä terveyskeskusavustaja. Arkipäivisin aamuvuorossa vahvuutena on seitsemän sairaanhoitajaa. Ja iltavuorossa työskentelee neljä tai viisi hoitajaa. Ja yövuorossa on aina kaksi hoitajaa. Viikonloppuisin ja pyhinä henkilökunnan määrä aamu- sekä iltavuorossa on neljästä viiteen sairaanhoitajaa. (Espoon kotisairaala esite; Vuorela-Lappalainen: 2015; Kotisairaalan toiminnallinen suunnitelma 2013: 2-4; Vuorela-Lappalainen 2016.)

Saattohoidon toimintamalli muuttuu Espoossa. Helmikuussa 2016 avattiin Espoossa saattohoito – ja palliatiivisen hoidon osasto, Puolarvilla. Osasto toimii aluksi Puolarmetsän sairaalan tiloissa ja siitä siirtyy vuoden 2016 lopussa valmistuvaan Espoon sairaalaan Jorvin kampuksella. Osasto tulee olemaan osa palliatiivista mallia, johon lisäksi kuuluu palliatiivinen poliklinikka sekä päiväsaaloiminta. (Mäntyniemi 2015.)

Espoossa saattohoidosta vastaa avohoidon osalta kotisairaala. Kotisairaalan tukiosastona toimii Jorvin terveyskeskusosasto 1. Puolarvilla ja kotisairaala toimivat yhteistyössä. Kotisairaalassa saattohoidetaan pääosin syöpää sairastavia potilaita, vuodessa 40 – 50 henkilöä. Kotisairaalassa toimivalla lääkärillä on palliativisen lääketieteen erityispätevyys ja heiltä annetaan konsultaatiotukea pitkäaikaishoidon yksiköille. Espoon sairaalan kaikilla osastoilla toteutetaan saattohoitoa. (Saattohoito HYKS-sairaanhoitoalueella: 2011: 13; Vuorela-Lappalainen 2016.) Kotisairaala tekee yhteistyötä HUS:n eri klinikoiden kanssa, Espoossa terveysasemien, hoitokotien ja kotihoidon kanssa sekä Espoon sairaalan eri osastojen kanssa. Potilaille saadaan tarvittaessa apuvälineitä apuvälineyksiköstä ja hengellistä tukea seurakuntien toimesta. (Kotisairaalan toiminnallinen suunnitelma 2013: 4.)

Lähetteen saapuessa kotisairaalaan sairaanhoitaja ottaa yhteyttä potilaaseen kolmen arkipäivän kuluessa. Puhelinkontaktin aikana tiedustellaan potilaan sen hetkistä vointia sekä sovitaan kartoituskäynnistä. Mikäli potilas kokee, ettei kartoituskäynti ole vielä ajan-kohtainen, hänelle annetaan kotisairaalan yhteystiedot ja ohjataan ottamaan yhteyttä tilanteen muuttuessa. Kartoituskäynti on ensimmäinen kotona tehtävä käynti. Käynnin tarkoituksena on saada mahdollisimman selkeä ja monipuolinen kuvaus potilaan voinnista sekä elämäntilanteesta. Kartoituskäynnin tarkoituksena on kertoa potilaalle millaista kotisaattohoidosta ja millaisia vaihtoehtoja potilaalle on tarjolla hänen avuntarpeensa huomioiden. On tärkeää, että potilaalle luodaan turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde, joka on edellytys onnistuneelle saattohoidolle. Käynnin jälkeen potilas kirjataan kotisairaalan potilaaksi niin sanotulle soittolistalle, jonka jälkeen hänellä tai omaisilla on mahdollisuus olla yhteydessä kotisairaalaan milloin tahansa. Potilaan kannalta on tärkeää, että yksi taho vastaa hoidosta ja vältetään ongelmien ilmaantuessa joutumista ruuhkalle päivystysvastaanotoille. (Vuorela–Lappalainen 2013: 10; Kotisairaalan toiminnallinen suunnitelma 2013: 2.)

Kotisairaalaan tullessa lääkäri tekee hoitomääräykset Effic-ohjelmaan ja sairaanhoitaja toteuttaa ne. Kun potilas saapuu kotisairaalan potilaaksi virka-ajan ulkopuolella, hoito aloitetaan lähettävän tahon ohjeiden mukaisesti. Sairaanhoitaja tekee hoito- ja kuntoutussuunnitelman GER- lehdelle ensikäynnin jälkeen. Hoitjakson aikana potilas tapaa lääkärin tarvittaessa kotonaan tai kotisairaalan toimistolla. Lääkäri kirjaa uudet määräykset sairauskertomukseen ja ilmoittaa muutoksista vastuuhoidtajalle tai paperikierron yhteydessä sairaanhoitajalle. Kaikilla hoitajilla on voimassa olevat iv-luvat ja hoidon toteuttaja kirjaa hoidon kirjaamisohjeiden mukaisesti. Soittolistalla olevan palliativista hoitoa

saavan potilaan lääkelista tarkastetaan kartoituskäynnillä ja listaan tehdään muutoksia mikäli tarvetta. (Kotisairaalan toiminnallinen suunnitelma 2013: 2–3.)

4.2 Aineiston keruu yksilöhaastattelulla

Tämän opinnäytetyön empiirinen aineisto kerättiin haastattelemalla sairaanhoitajia, joilla on kokemusta palliatiivisesta hoidosta ja jotka työskentelevät Espoon kaupungin kotisairaалassa. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastattelulla, joka on perusteltua aiheen arkaluonteisuuden vuoksi (Kananen 2015: 149). Haastattelut suoritettiin myönteisen tutkimusluvan tultua. Haastatteluun arvioitiin olevan tarpeen saada 10 - 12 sairaanhoitajaa. Valintakriteereinä oli työskentely kotisairaалassa sekä työkokemus. Tavoitteena oli kerätä aineisto, jonka pohjalta pystyttiin luotettavasti tehdä päätelmiä tutkittavasta aiheesta. Tutkijan tehtävänä oli koostaa haastattelun pohjalta kokonaiskuvaa haastateltavan ajatuksista, käsityksistä ja kokemuksista. Haastattelussa esitettiin suullisesti kysymyksiä ja haastattelija tallensi muistiin vastaukset ja mahdollisesti esiin tulleet esimerkkitapaukset. (Burns - Grove 2005: 420–421.)

Lupa tutkimukselle myönnettiin joulukuussa 2015, jonka jälkeen otettiin yhteyttä tutkimukseen osallistuviin sähköpostitse. Tutkimukseen osallistujia informoitiin saatekirjeellä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kaikki osaston työntekijät saivat kutsun ja varasivat haluamansa ajan annetuista vaihtoehdoista. Halukkuus tutkimukseen osallistumiseen oli aluksi heikkoa. Tutkimuksen tekijä kävi osastolla esittelemässä itsensä ja tekemäänsä työtä. Tämän jälkeen tarvittava haastateltavien joukko saatiin kasaan.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastattelulla ryhmähaastattelun sijaan. Ryhmähaastattelun toteuttaminen ilman toista tutkijaa olisi ollut haastavaa. Haastattelut toteutettiin kertaluonteisina. Tutkimuksen lopullinen osallistujamäärä oli 10 ($n=10$) sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutettiin joulukuun 2015 – tammikuun 2016 välisenä aikana. Ennen varsinaisia tutkimushaastatteluja, suoritettiin yksi pilotointihaastattelu. Pilotointi ei oleellisesti muuttanut tutkimuskysymyksiä ja pilotointihaastattelu on aineistossa mukana. Haastattelun alussa kaikki osallistujat vahvistivat tutkimukseen osallistumisen ja äänitykseen suostumisensa allekirjoittamalla suostumuskäytöksen. Etukäteen suunniteltu haastattelupaikka oli pääosin rauhallinen. Haastatteluun käytetty aika vaihteli 16 minuutista 72 minuuttiin, keskimäärin 38 minuuttia. Yksi haastattelu jouduttiin keskeyttämään hetkeksi ja työasian selvittämisen jälkeen haastattelu jatkui suunnitelman mukaisesti. Kahden haastattelu aikaa siirrettiin saman päivän sisällä, haastateltavien työkiireiden

vuoksi. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut haastattelun toteutukseen. (Burns 2005: 540-541.) Haastattelu ajankohtaan sattui useita pyhäpäiviä, jotka osaltaan pidensivät haastatteluihin kulunutta ajanjaksoa.

Haastattelu nauhoitetaan usein. Vaihtoehtona olisi ollut myös muistiin kirjoittaminen nauhoittamisen sijaan. Menetelmä aiheuttaisi liikaa huomion kiinnittämistä kirjaamiseen. Raportointi voidaan tehdä nauhoituksen perusteella tarkemmin ja nauhoite antaa mahdollisuuden palata jälkikäteen tilanteeseen toimien myös muistiapuna. Uudelleen kuuntelu tuo haastattelusta esiin uusia sävyjä joita ensi kuuleman jälkeen ei ehkä pannut merkille tai haastateltavan korjaukset ja tarkennukset kysymykseen. (Ruusuvuori 2009: 14-15; Kananen 2015: 156.) Tutkija valmistautui nauhoitukseen etukäteen tarkistamalla nauhurin toiminnan. Opinnäytetyön haastatteluissa käytettiin nauhuria, joka lainattiin Metropolia Ammattikorkeakoululta. Lupa nauhurin käyttöön kysyttiin jokaiselta haastattelun alussa ja haastateltavan suostumus pyydettiin kirjallisena. (Burns – Grove 2005: 540.) Kaikki osallistujat suostuivat nauhoitukseen.

Teemahaastattelussa etsitään vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaisesti. Teemahaastattelu eteni tiettyjen teemojen pohjalta, ollen puolistrukturoitu, kaikille haastateltaville aihepiirien ja teema-alueiden ollessa samoja. Teemat perustuvat entuudestaan tiedetyille asioille tutkittavasta ilmiöstä. Siinä korostuu haastateltavien antamat tulkinnat ja merkitykset asioista. Tutkija oli laatinut etukäteen valmiit aihepiirit, joissa kysymykset tai niiden muoto saattoivat vaihdella. (Tuomi- Sarajärvi 2009: 77–78; Hirsjärvi – Hurme 2008: 48; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2010: 97.)

Osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa oli yhteydenpitoa sähköpostin välityksellä ja kasvotusten tutkimusprosessin aikana. Päiväkirjaa käytettiin apukeinona suunnitelmassa pysymiselle. Päiväkirjaan kirjattiin työn etenemistä sekä ajatuksia haastatteluista. Yhteydenpitoa ohjaajan kanssa oli säännöllisin väliajoin.

4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston keräämisen jälkeen kirjoitettu teksti täytyy analysoida tutkimustulosten esiin saamiseksi. Kaikkea tietoa ei tarvitse analysoida vaan vastausta haetaan tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti. (Kylmä – Juvakka 2007: 112-113). Tässä opinnäytetyössä analyysimenetelmänä käytettiin sisällön analyysiä (content analysis). Sisällön analyysi on aineiston keruu- ja luokittelumenetelmä (Kyngäs – Vanhanen 1999:

3; Kylmä – Juvakka 2007: 112), jolla voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkivaa ilmiötä systemaattisesti. Analyysissä on pyrkimys rakentaa malleja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa, lopputuloksena on ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä tai käsitekartta. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3-4.)

Tutkimusaineisto käsiteltiin sisällön analyysin avulla. Laadulliseen tutkimusaineistoon perehdytään kuunnellen ja lukien, jolloin pyrkimyksenä on löytää oleelliset asiat tutkimuskysymysten kannalta. Aineiston käsittelyyn kuuluu useita eri vaiheita. (Kananen 2015: 160.) Ennen analyysin aloittamista kerätty haastatteluaineisto litteroitiin sanatarkasti (Kananen 2015: 160). Litterointi tehtiin sanatarkasti kirjoittaen kaikki haastateltavien puhe tekstiksi. Aineiston litterointi oli työlästä ja aikaa vievää. Yhden haastattelun purkamiseen kului yksi päivä.

Aineistolähtöinen sisällön analyysissä yhdistellään käsitteitä jolloin saadaan vastaus tutkimustehtävään perustuen tulkintaan ja päättelyyn. Aineistolähtöinen sisällön analyysi voidaan kuvata kolmivaiheiseksi prosessiksi: 1. aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2. aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3. abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineistoon perehdyttiin lukemalla ja kuuntelemalla haastattelut useampaan kertaan, saaden kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 108, 112.)

Ennen analyysin tekoa tutkijan on päätettävä analysoidaanko aineistosta ilmisisältö (manifest content) vai analysoidaanko myös piilosisältö (latent content). Tässä opinnäytetyössä päädyttiin analysoimaan aineiston ilmisisältö tutkimustehtävien ja tutkimuksen tarkoituksen ohjaamana. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5.)

Induktiivisen (aineistolähtöisen) sisällön analyysin ensimmäisenä vaiheena on analyysiyksikön määrittäminen, jonka valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty on sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla lause tai ajatuskokonaisuus. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5.) Tässä tutkimuksessa ennen analyysia suorittamista tutkija perehtyi huolellisesti aineistoon valiten analyysiyksikön. Analyysiyksikkö muodostui lausekokonaisuudesta, jonka jälkeen tutkija perehtyi aineistoon lukemalla sen lävitse useampaan kertaan. Lukemisen avulla luotiin pohjaa analyysille. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5.)

Aineiston pelkistäminen tapahtui aineistosta siten, että tutkimukseen kuulumaton aines jätettiin pois, pelkistäminen oli aineiston tiivistämistä. Auki kirjoitetusta tekstistä etsittiin

tutkimustehtävien mukaisesti kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka alleviivattiin eri värein ja lisättiin erilliseen Word-dokumenttiin. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 5; Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–110). Eri väreillä pelkistetyt ilmaisut otettiin sivuun listaksi pitäen samalla alkuperäisen ilmaisun sekä omat koodit haastattelun tunnistamisesta mukana.

Aineiston ryhmittelyssä alkuperäisilmaisut käydään tarkasti lävitse aineistosta etsien samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelun aikana aineisto tiivistyy. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 6; Tuomi – Sarajärvi 2009: 110). Analyysi jatkuu aineiston abstrahoinnilla eli käsitteellistämällä, jossa saman sisältöiset kategoriat yhdistetään muodostaen yläkategorioita. Yläkategoriat nimetään niin, että ne kuvaavat hyvin alakategorioita, joista ne on muodostettu. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 6–7.) Tämän opinnäytetyön käsitteiden ryhmittelystä käytettiin nimitystä alaluokka, jotka edelleen ryhmiteltiin yläluokiksi. Yläluokkia yhdistämällä saatiin ryhmittelyllä yhdistävä luokka.

Aineiston analyysi toteutettiin tutkijan toimesta osin käsin ja osittain tietokoneen Word-tekstinkäsittelyohjelmaa apuna käyttäen. Litterointi suoritettiin sanatarkasti, jättäen pois peräkkäiset ja usein toistuneet ”ja”, ”niin”, ”että” ja ”tota” ilmaisut. Alkuperäisaineistosta olevat ilmaisut kulkivat pelkistettyjen ilmaisujen mukana, mikä mahdollisti alkuperäiseen ilmaisuun palaamisen missä vaiheessa tahansa. Ryhmittelyvaiheessa pelkistetyt ilmaisut tulostettiin paperille ja leikattiin erilleen. Kuhunkin tutkimustehtävään liittyvät osat yhdistettiin alaluokiksi ja nimettiin. Abstrahoinnissa saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokaksi. Yläluokkien nimeäminen oli haasteellista ja tässä tutkimuksessa käytettiin nimeämisessä osassa apuna teorialtietoa.

5 Tulokset

Tuloksissa kuvataan haastateltavien kokemuksia saattohoidosta ja kivunhoidosta kotisairaalassa. Tuloksissa ilmenee laadittujen hoitosuositusten käyttäminen ja tunteminen sekä työnantajalta saamaa tukea näyttöön perustuvan, tutkimustiedon käyttämiselle. Tulokset kuvataan tutkimustehtävien mukaisesti.

5.1 Osallistujien taustatiedot

Haastatteluun osallistui kymmenen (n=10) sairaanhoitajaa. Kaikki osallistuneet työskentelivät tutkimushetkellä sairaanhoitajana tai terveydenhoitajana Espoon kotisairaалassa tutkimushetkellä. Tutkimuksessa käytetään termiä sairaanhoitaja, vaikka vastaajina oli myös terveydenhoitaja nimekkeellä toimivia. He tekivät sairaanhoitajan työtehtäviä kotisairaалassa. Osallistuneilla oli kokemusta kotisairaалasta viidestä kuukaudesta 11 vuoteen. Lähes kaikilla oli kokemusta sairaanhoitajan tehtävistä ennen kotisairaalaan tuloa. Työkokemusta heillä oli vaihdellen kolmesta vuodesta 38: aan vuoteen. Hoitajilla oli keskimäärin työkokemusta 12 vuoden ajalta. Ikäjakauma Haastateltavien ikäjakauma oli 33 – 62 keskiarvolta 44 vuotiaita.

Noin puolella haastelluista oli ammattikorkeakoulututkinto ja yhdellä osallistujalla ylempi ammattikorkeakoulututkinto ja lopuilla oli niin sanottu vanhamuotoinen sairaanhoitajakoulutus. Useat haastateltavat olivat käyneet lisäkoulutuksia ja täydennyskoulutuksia saattohoidosta ja syöpähoidon kehittämisestä esimerkiksi erikoistumisopintojen muodossa.

5.2 Kokemuksia saattohoidosta

Tutkimusaineistossa sairaanhoitajat kuvasivat laajasti kokemuksiaan saattohoidosta. Kokemuksia ryhmitellessä muodostui kaksi yhdistävää luokkaa: *Saattohoitoon liittyvät kokemukset* (kuvio 7) ja *saattohoidon tehtäviin liittyvät kokemukset* (kuvio 8). Saattohoitoon liittyvissä kokemuksissa jakaantui kokemuksiin saattohoidon tarpeen määrittämisestä ja saattohoidossa huomioitavista kokemuksista.

Saattohoitoon liittyvät kokemukset

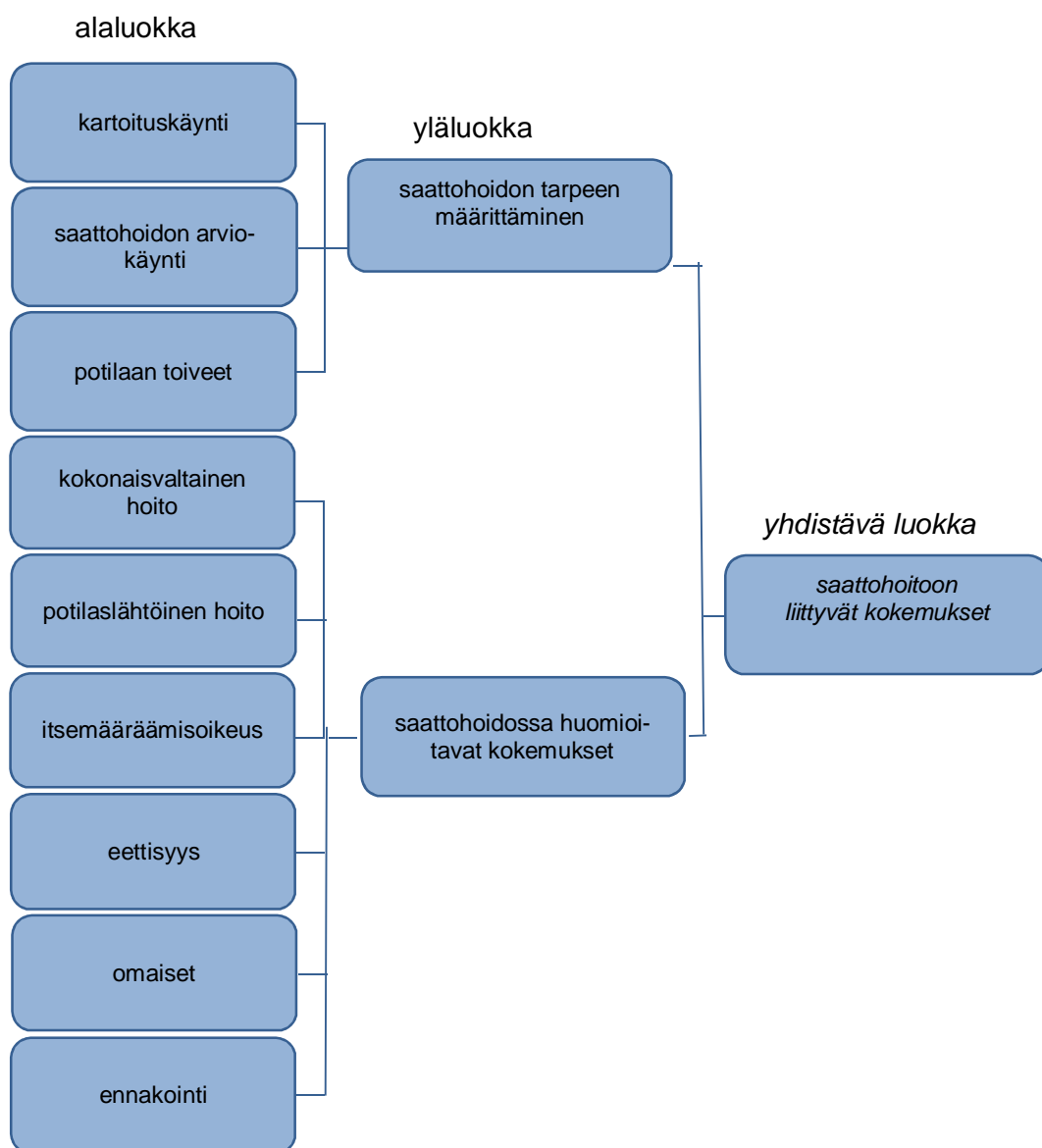
Saattohoidon tarpeen määrittäminen etenee niin, että potilaan tullessa kotisairaalaan hänen otetaan yhteyttä ja sovitaan tehtävästä kartoituskäynnistä. Kartoituskäynnin tarkoituksena on kuvata potilaan sen hetkinen tilanne kokonaisvaltaisesti; fyysinen kunto, lääkahoito, hengelliset tarpeet ja potilaan avun tarpeet ja toiveet. Käynnillä määritellään kokonaisvaltaisesti potilaan tarpeet ja toiveet sekä hänen tukiverkostonsa. Hoidonlinjauksia selvennetään mahdollisesti käynnillä. Käynnin aikana potilaalle kerrotaan mitkä ovat kotisairaalan tehtävät ja kuinka potilasta voidaan auttaa. Lisäksi kerrotaan kotisairaalan saattohoidosta.

”että haluuko hän kuolla kotona vai haluisiko mahdollisesti sitten sairaalaan”

”käydään läpi potilaan sen hetkinen tila kokonaisuudessaan”

Saattohoidon arviokäynti toteutui lähempänä saattohoidon aloitusta, kun taas kartoituskäynti toteutuu heti kotisairaalaan tullessa. Saattohoidon arviokäynnin tarkoituksena oli varmistaa potilaalle mahdollisimman hyvä valmistautuminen kuolemaan ja rehellisen tiedon antaminen. Käynnin jälkeen lääkäri tekee saattohoitopäätöksen hoitajan keräämien tietojen perusteella.

”vaikka se potilas kuolisi nopeastikin, ni ne on saanut sen mahdollisimman hyvin valmistautumisen siihen asiaan”



Kuvio 7. Saattohoitoon liittyvät kokemukset.

Haastatteluissa jokainen toi esille potilaan hänen toiveiden huomioimisen. Hoitamisen koettiin tapahtuvan toiveita mukaisesti. Potilaan toive kuolinpaikasta selvitettiin jo alkuvaiheessa. Potilaan toiveita pyrittiin kunnioittamaan ja päätöksenteon perustui potilaan tahtoon.

"potilaan tahto ja se on ensisijainen mikä määrää mitä, miten minä toimin"

"Tässä korostuu mun mielestä hyvin paljon se semmonen niinku toiveiden kunnioittaminen."

Saattohoidossa huomioitaviin kokemuksiin hoitajat kuvasivat haastatteluissa selkeitä kokemuksiaan saattohoidosta kotisairaалassa. Potilaan kanssa työskennellessä haastatteluun vastanneista muutamat hoitajat kokivat vuorovaikutuksen potilaan kanssa olevan hienovaraista. Hoitajalla tuli olla kykyä empaattisuuteen ja vaatii rohkeutta keskustella kipeistä ja vaikeista asioista. Toiminnassa pyrittiin rauhalliseen yhdessä oloon ja vaatien läsnä olemisen taitoa luoden potilaalle turvallisuuden tunteen.

"tässä korostuu hyvin paljon semmonen empaattisuus ja läsnäolemisen taito"

"se vaatii rohkeutta puhua kipeistä ja vaikeista asioista"

Haastattelussa useat hoitajat kertoivat eettisten kysymysten ohjaavan toimintaa. Koettiin, että hoitajan eettinen tehtävä on toimia oikein. Eettinen toimikunta, Etene, oli tuttu ja sen julkaisut pohdinnan herättäjinä potilastyössä.

"meidän eettinen tehtävä, meidän vastuu että me hoidetaan se kipu kunnolla"

Omaisten ja läheisten läsnäoloa potilaan luona saattohoidossa nousi poikkeuksetta esille. Omaisten läsnäolo oli tärkeää ollen myös yhtenä kotona olemisen ehtona. Omaisten läsnäolo loppuun saakka mahdollisti kotona kuoleamisen. Omaisten rooli kuvattiin tärkeäksi.

"vaikka meillä hoitosuhde potilaaseen niin toki me tavallaan hoidetaan kaikkia läheisiä siinä"

Loppuvaiheessa potilaan tajunnan taso voi olla alentunut tai hän ei enää pystynyt kommunikoimaan. Tällöin hoitajan tehtävänä on omaisen tukeminen ja tulevaan eli kuolemaan valmistaminen oli hoitajan tehtävänä. Hoitaja tukee potilasta ja omaisia kestäämään kohtaamaan kuoleman. Kuoleman merkeistä keskustelu vähensi omaisten pelkoa tulevasta ja samalla rauhoitti heitä. Potilaskäynnit tihentyivät usein loppuvaiheessa. Loppuvaiheessa hoitajan tehtävänä oli tukea omaisia ja ylläpitää heidän jaksamista. Omaisille tarjottiin keskustelutukea ja ohjattiin tarvittaessa kriisipalveluiden pariin.

”Näitä voi tämmösiä merkkejä jo etukäteen vähän valmistella omaisia siihen.”

”hirmusen tärkeä osa saattohoitoa on ni se omaisten tukeminen”

Haastatteluissa nousi toistuvasti esiin hoitajien ja koko työyksikön ennakoiva ajattelu sekä suunnitelmallisuus. Tapahtumia pyrittiin ennakoimaan. Potilaan voinnin heikentyessä tai muuttuessa noudatettiin ennalta laadittuja ohjeita ja näin välttämällä ruuhkaisille päivystysvastaanotoille menemisen. Annetut ohjeet koettiin joustaviksi muun muassa lääkityksessä.

”kaikissa meidän työssä täällä on pakko olla suunnitelmallinen ja ennalta varautua niin paljon kun pystyy”

”ennakoidaan, ohjataan potilasta jo valmiiksi siihen tulevaan”

Saattohoidon tehtäviin liittyvät kokemukset syntyivät kahdesta yläluokasta. Yläluokat olivat saattohoidossa hoitajan *tehtäviin liittyvät kokemukset* ja *saattohoidon linjauksiin liittyvät kokemukset* (kuvio 8).

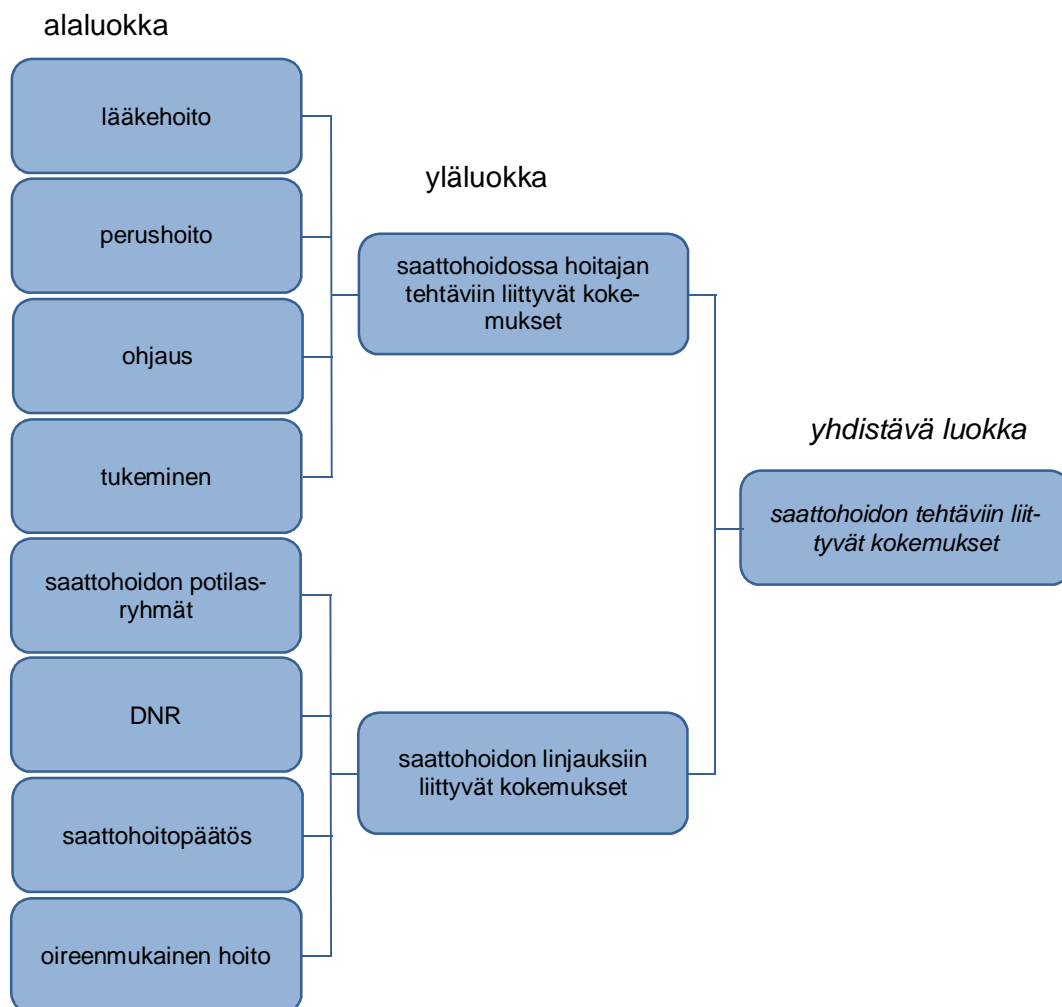
Saattohoidon tehtäviin liittyvät kokemukset

Hoitajat kokivat saattohoidon olevan kokonaisvaltaista potilaan huomioimista. Kotihoidon kanssa oli tehty selkeä työnjako. Kotisairaalan antama hoito painottui lääkinnälliseen hoitoon ja henkisen tuen antamiseen keskustellen sekä läsnäololla. Hoitajat tekivät perushoidollisia toimia potilaskäynneillä tarpeen vaatiessa. Ohjauksen antamista toteutettiin säännöllisesti potilaskäynneillä ja puhelimitse. Ohjaamisen koettiin kuuluvan päivittäiseen työhön. Ohjaaminen on tärkeää tiedon jakamiseksi ja epäselvien asioiden selvittämiseksi.

"perushoitoa me hyvin vähän tehdään"

"jos paikanpäällä ollaan ni asentoa vaihdetaan ja vaippaa vaihdetaan ja suuta kostutellaan"

"onko niinku ihorikkoja, huolehditaanko niinkun makuuhaavojen ennaltaehkäisystä"



Kuvio 8. Saattohoidon tehtäviin liittyvät kokemukset.

Saattohoidon linjauksiin liittyvät kokemukset olivat seuraavanlaisia. Suurin osa saattohoidossa olevista potilasta sairasti syöpää. Joukossa oli yksittäisiä ALS-potilaita ja sydämen vajaatoimintaa sairastavia potilaita. Saattohoidossa on jonkin verran vanhuksia joita kotisairaalan hoitajat hoitavat hoitokodeissa.

"lähes kaikki syöpäpotilaita"

"sitten nykyään ehkä jonkun verran palvelukodeissa kuolevia vanhuksia"

Saattohoidon linjaukset vaihtelivat haastateltavien mielestä jonkin verran. Hoidonlinjausta pidettiin tärkeänä, koska se takaa hoidon oikea-aikaisuuden. Tällöin potilas saa juuri sitä hoitoa ja tukea jota sillä hetkellä tarvitsee. Potilailla on usein DNR-päätös kotisairaalaan tullessa, mutta hoidonlinjauksista ei välttämättä ollut mitään tietoa. DNR-merkintää ei pidetty saattohoidon merkinä. DNR-päätös on usein tehtynä saattohoitoon siirtäessä.

Päätös saattohoidon tekemisestä kuului lääkärille ja kannanottoa siihen toivottiin lääkäriltä kartoituskäynnin jälkeen. Hoitolinjausten dokumentaation koettiin välillä jäävän vähäiseksi ja olisi tarvetta tehokkaampaan linjauksen tekoon.

"Mutta ne ei ole saattohoidossa vielä silloin, kun meille tulee lähete."

"dnr päätös tehdään hyvin varhaisessa vaiheessa ennen saattohoitoa"

"vois olla paremminkin ja pitäisi tehdä tehokkaammin niitä linjauksia"

Usein saattohoidon päätöstä ei ollut tehty kotisairaalaan tullessa vaan se tarkentui hoitajan tekemän kartoituskäynnin jälkeen.

5.3 Kivun hoitamisen kokemukset

Kivunhoidosta esiin tulleet luokat olivat: *kivun hoitamiseen liittyvät kokemukset* (kuvio 9) ja *kokemukset kivunhoidon toteuttamisesta* (kuvio 10).

Kivun hoitamiseen liittyvät kokemukset

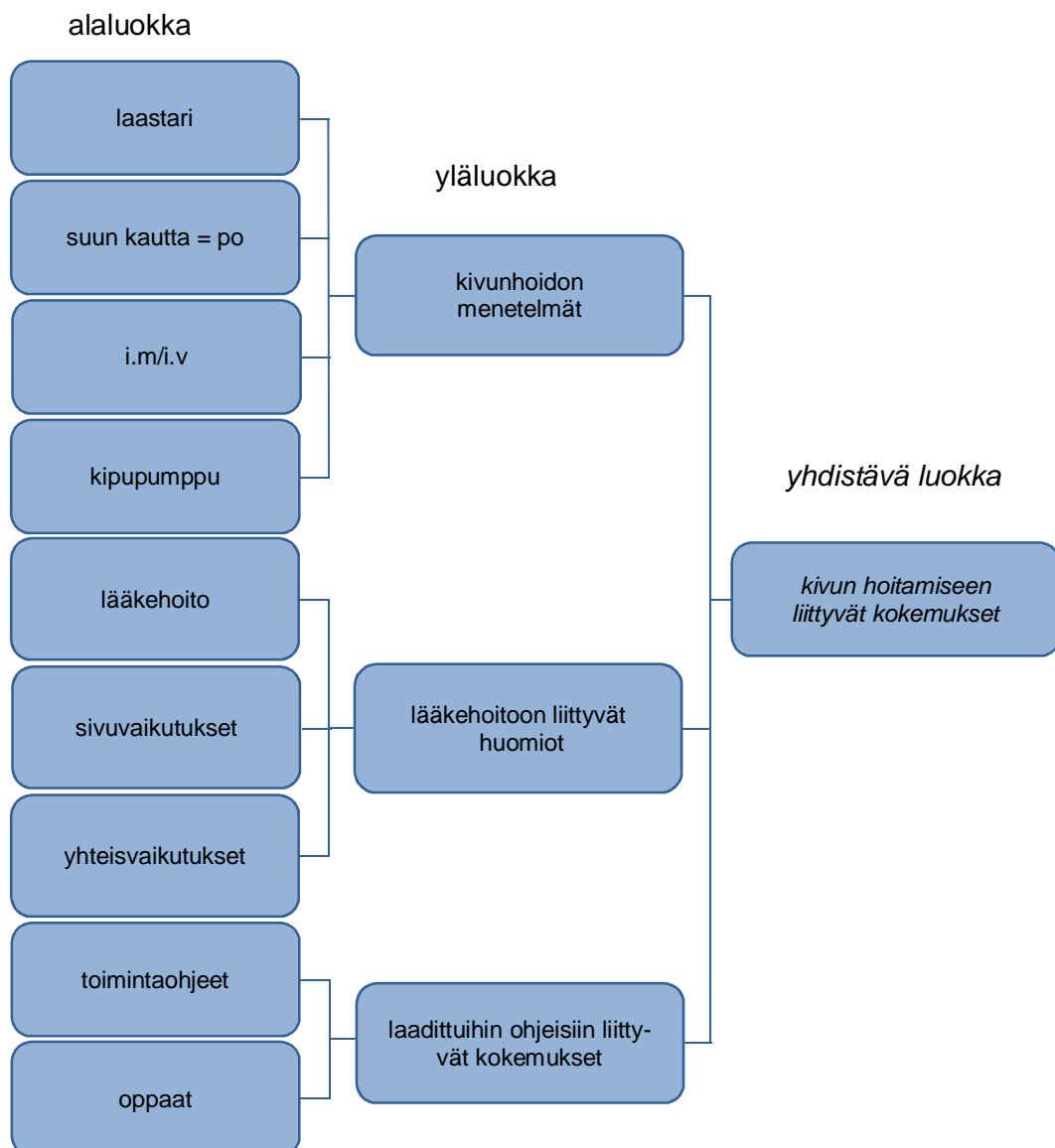
Kivunhoitomenetelmät kuvattiin haastatteluissa tarkasti. Haastateltavien kokemuksia on eritelty kuviossa 9. Kotisairaalassa käytetään kivunhoidossa erilaisia menetelmiä. Alkuvaiheessa lääkehoito toteutui hyvin suun kautta otettavilla lääkkeillä. Tätä antotapaa pyritään toteuttamaan niin kauan kuin potilas vaan pystyy.

"Aina tablettimuodossa niin pitkään ku potilas pystyy suun kautta ottamaan ja imeytyminen sitä kautta."

Kipulaastareita käytettiin jonkin verran, mutta niiden käyttö koettiin hoidon loppuvaiheessa hankaliksi. Ongelmia aiheuttaa potilaiden ihonalaiskudoksen vähäisyys, joka estää laastarista lääkeaineen imeytymisen laastarista.

”kipulaastarit, niitä jonkin verran käytetään”

”ne ei oikein tahdo tossa loppuvaiheessa enää toimia, usein potilaat on niin laihojakin ettei enää ihonalaiskudosta mistä imeytyis”



Kuvio 9. Kivun hoitamiseen liittyvät kokemukset.

Lääkkeen antoa lihakseen ei käytetty ollenkaan. Loppuvaiheessa varsinkin turhaa pistämistä pyrittiin välttämään. Myöskään suonensisäistä (i.v) lääkettä ei käytetty juuri koskaan, kokeiltu kyllä oli. Menetelmän käyttöön koettiin liittyvän turvallisuusriskejä.

”lihakseen annettavaa meillä ei käytetä”

”Iv:sti me ei anneta juuri koskaan, se ei ole kertaakaan onnistunut ku sitä kokeiltu”

Kipujen ja erilaisten oireiden lisääntyessä siirryttiin poikkeuksetta ihonalaiseen lääkkeiden annosteluun. Subcutaani (s.c) kanyylin kautta hoitajat pystyivät lääkitsemään potilasta sekä ohjeistamaan omaisille lääkkeen annon. Menetelmän etuina oli mahdollisuus usean lääkeaineen yhtä aikainen annosteluun. Kipujen lisäksi myös muita oireita hoidetaan subcutaanisesti kanyylin kautta. Jatkuva kipu ja toistuvat läpilyöntikivut johtivat kipupumpun käyttöönottoon lääkityksen annostelussa. Lääkehoidolla saavutetaan tasainen lääkeainepitoisuus ja mahdollisuus lisäannoksiin, boluksina. Omaisot toteuttivat lääkettä saamiensa ohjeiden mukaisesti. Tarvittaessa omaiset pyysivät hoitajalta puhe- ja kirjallista lisäohjeita.

”jos kipu jatkuu ja tulee läpilyöntikipua niin sitten tietty kipupumppu, jota käytetään aika paljonkin täällä”

”kun suun kautta ei pysty lääkitystä ottamaan niin sitten tulee se subcutis-lääkitys”

”laitetaan se ihonalaiskudokseen kanyyli ja kipupumppu sitten kun alkaa menemään enemmän niitä lääkkeitä”

Saattohoidossa potilaalla oli usein säännöllinen pitkävaikutteinen lääkehoito ja läpilyöntikipuun tarvittaessa otettava lääkitys. Säännöllisen kipulääkityksen tarkoituksena oli pitää kipu pois. Tarvittaessa annosteltavat kipulääkkeet auttavat nopeasti läpilyöntikipuihin. Lääkäri suunnittelee lääkkeitä annokset potilaille yksilöllisesti. Läpilyöntikipulääkityksen tiheä käyttö oli merkinä tarpeesta nostaa peruskipulääkettä, josta tieto välitettiin lääkärille. Hoitajien kokemuksen mukaan yleisimmät kivunhoidossa käytetyt lääkkeet olivat suun kautta annosteltavina Oxycontin ja Oxynorm. Pahoinvoinnin estäjänä käytetään Primperan:ia tai Ondansetron:ia ja henkisen ahdistuksen hoidossa Midazolam:ia.

Limaisuuden helpottaminen tapahtui Robinul lääkkeen s.c annostelun avulla. Subcutikseen käytössä olivat Morphin kipulääkkeenä ja Midatzolam ahdistusta lieventämään.

”et aina pyritään siihen, että potilaalla olisi pitkävaikutteiset kipulääkkeet jotka pitävät kivun pois”

”meidän tehtävä on sitten arvioida sitten kuinka paljon tämmösiä tarvittavia lääkkeitä potilas joutuu ottamaan ja kertomaan niistä sitten lääkärille”

Kipulääkkeiden aiheuttamia sivuvaikutuksia ilmeni havaintojen mukaan jonkin verran. Useat toivat ilmi erityisesti opioidien lisäävän ummetusriskiä potilailla. Ummetusta pyrittiin ennakoimaan vatsan toimintaa seuraamalla. Ummetusta helpotettiin käyttämällä laksatiiveja. Lääkehoidon sivuvaikutuksia ei nimetty tai eritelty.

”jos on opiaatit niin suurin riski on et tulee ummetusta”

”mitä ehkä sivuvaikutuksia niistä ehkä tulee niistä kipulääkkeistä”

Lääkehoidossa huomioitiin myös muiden sairauksien hoidossa käytettävät lääkkeet niiden mahdollisesti aiheutuvien yhteisvaikutusten huomioimiseksi. Muiden sairauksien lääkehoidon lopettamisesta johtuvat oireet otettiin huomioon. Esimerkiksi diabetes-lääkityksen poisjättäminen nostaa verensokeria.

Kotisairaalassa toimintaohjeet laadittiin yhdessä käytyjen keskustelujen ja kehittämistöiden perusteella. Toimintaohjeiden mukaisesta hoidosta hyötty erityisesti potilas. Laaditut toimintaohjeet koettiin tarpeelliseksi ohjenuoraksi potilaiden hoidossa. Ohjeita käytettiin päivittäin ja niiden olemassa olo kuvattiin tärkeäksi. Kaikkien toimiessa laadittujen toimintaohjeiden mukaisesti siitä hyötty erityisesti potilas saaden hyvää hoitoa. Hyvä hoito perustuu tutkimukselliseen tietoon ja hyväksi havaittuun kokemukseen. Laaditut ohjeet kuvattiin helppokäyttöisiksi ja selkeiksi. Hoitajat kertoivat käyttävänsä erityisesti kivunhoidon ohjauslistaa.

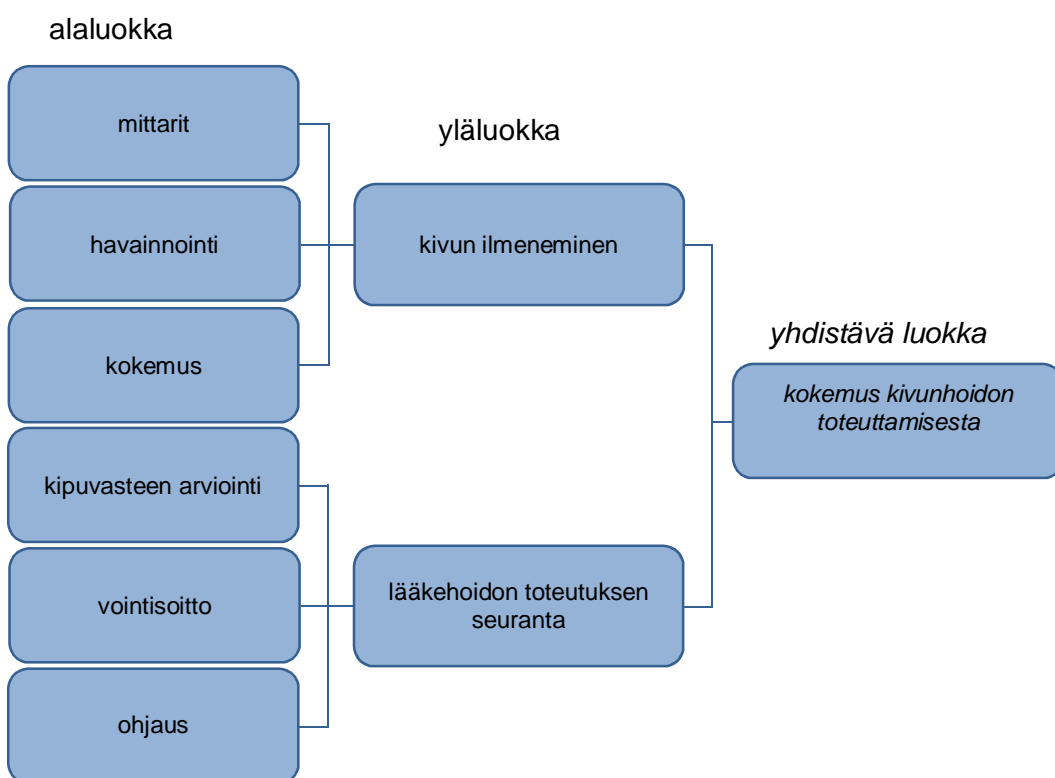
”ja meillä on aika tarkkaan täälläkin käyty niitä linjauksia ja niitä semmosia hoitokäytäntöjä”

”meillä on valmiita ohjeita, tiivistettyjä ohjeita, semmosia helppokäyttöisiksi tehtyjä”

”ohjeistukset on tehty sen mukaan (suositusten)”

Kokemus kivunhoidon toteuttamisesta

Potilaan kipu ilmenee useilla tavoilla. Moni haastateltavista toi esille kokemuksen kautta tulleita merkkejä ja huomioitava asioita, joista kivun voi tunnistaa. Selkeää sanallista vastausta potilaalta ei aina saatu. Tulkintaa tehtiin potilaan ilmeistä, eleistä, ja asennosta. Omaiset, jotka ovat lähes kaiken aikaa potilaan luona ja tuntevat hänet hyvin, toimivat hyvänä asiantuntijana kivun ilmenemisessä. Hoitajan tehtävänä oli kivun syyn tunnistaminen ja kuvaaminen. Hänen tuli tunnistaa mistä kipu johtui ja minkä tyyppistä kipu oli. Kipuihin reagoiminen oli yksilöllistä ja huomiota kiinnitettiin kivun aiheuttaja mekanismiin. Mekanismeja olivat muun muassa sydänperäiset oireet ja hengenahdistus. Hoitajien kokemuksia on kuvattu kivunhoidon toteutuksesta kuviossa 10.



Kuvio 10. Kokemus kivunhoidon toteuttamisesta.

Potilaalta kysyttiin helpottaako kipua jokin. Auttavatko annetut lääkkeet? Minkä verran? Esiintyykö kipua levossa? Esiintyykö kipua liikkeessä?

"jos potilas pystyy keskustelemaan meidän kanssa kivusta ni me kysytään siitä laadusta minkälaista se on"

"meidän täytyy lähtee kartottamaan sitä et mikä se kipu on, minkälaista se on"

"siitä miten kipu voi ilmetä, vähä kysyn potilaalta tai joskus omaiseltakin"

"mä kerron että syöpäpotilaan kipu voi ilmentyä hyvin erikoisilla tavoilla....se voi tuntua semmosena epämääräsinä kauttaaltaan huonona olona"

Hoitajat kertoivat kotisairaalassa käytettävistä kivunarviointimittareista. Pelkkää suullista kysymistä kivun voimakkuudesta ei koettu riittäväksi. Monet hoitajat kertoivat käyttävänsä numeraalista mittaria (NRS) sekä visuaalista (VAS) mittaria. Mittarin käyttö edellyttää sitä että potilas on tajuissaan ja kykenee kommunikoidaan. Potilaan numeraalinen arviointi menetelmä koettiin hyväksi ja myös potilaat ymmärsivät mittarin käytön.

"numeraalisesti ku ne osaa arvioida ysiin tai näin niin mun mielestä se kertoo paremmin sen kivun"

"se nollasta kymppiin on mun mielestä tosi kätevä ja se on kuitenkin sellainen jonka moni niinku ymmärtää"

"meillä on jopa sellainen jana jossa toisella puolella on kasvojen kuvia ja toisella puolella ne numerot et voi nollasta kymppiin arvioida kivun voimakkuutta"

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että mittareita käytetty riittävästi. Mittareita tulisi käyttää tehokkaammin kivun arvioinnissa. Havainnointimittareita ei nimetty. Ilmeitä, eleitä ja levottomuutta havainnoitiin kivun arvioimiseksi. Myös muita mittareita käytettiin, mutta niitä ei nimetty.

"Et kipumittareita ehkä käytetään liian vähän. Vois käyttää tehokkaammin."

"ei meil oikeastaan oo muuta kuin se vas mittari ja sitäkin käytetään vähän"

"tietysti voi käyttää jos numeraalisesti vaikee muita vastaavia"

"potilaan jos hän ei pysty ilmaisemaan ni kyllähän sen sitten näkee, ilmeet, eleet, levottomuus kaikki tämmöset sitten pitää ottaa käyttöön"

Annetun lääkehoidon onnistumista seurataan aktiivisesti. Annetun lääkkeen kipuvasteen arviointia pidettiin tärkeänä. Potilasta ei jätetä yksin, vaan potilaan luona ollaan kunnes tilanne laukeaa. Kotisairaalan toiminnan laajentuminen mahdollisti kipuvasteen arvioinnin paremman arvioimisen. Toiminnan laajentuminen antoi lisää aikaa potilaskäynneille.

"et sä jäät sinne vaikka tunniks seuraamaan sitä kiputilanteen laukeamista ja et miten ne lääkkeet oikeesti tällä potilaalla auttaa"

"kivun lääkityksen tehoo varsinkin tulee seurata, vastetta seurata"

Hoitajat ohjasivat potilaita paljon lääkkeidenotossa. Hoitajien mielestä oli tärkeää selvittää oliko annettu lääke auttanut. Potilaille soitetaan joko saman vuoron aikana tai seuraavana päivänä ja kysytään vointia. Hoitajat käyttivät tästä termiä vointisoitto. Vointisoitto ei kaikkien mielestä arvioi riittävästi kipuvastetta.

"yleensä niin et täältäpäin soitetaan ja vielä saman vuoron aikana et kysytään siitä kivusta ja kehoitetaan potilasta ja omaisia helposti soittamaan mikäli se kipu ei mene ohitse"

"jos vaikka yöllä ollut kiputila et yökkö kertoo et on ollut kipeä ni monesti me just sellanen vointisoitto vielä aamuhoitaja soittelee et mikä nyt on tilanne"

"neuvoin subcutikseen lääkkeen annon ja seuraavan kerran sitten soitetaan illalla miten potilas on kokenut ja uskaltanut antaa lääkettä"

5.4 Kokemuksia suositusten tuntemisesta ja käytöstä

Haastatellut kertoivat tuntevansa tai ainakin tietävänsä saattohoitoon käytettävät suositukset. Hoitajat nimesivät oireenmukaiseen hoitoon ja kivunhoitoon liittyvät suositukset. Myös muita suosituksia nimettiin muun muassa muihin perussairauksiin liittyvät suositukset, jotka osaltaan olivat vaikuttamassa kuolevan potilaan hoitoon. Epäselvissä tilanteissa asioita tarkastettiin suosituksista. Useat vastaajat kertoivat lukeneensa suosituksia opiskelujen aikana tai erilaisiin kehittämistehtäviin liittyen.

Monet kehittämistehtävät- tai hankkeet kuuluivat osana kotisairaalan päivittäistä toimintaa. Hoitosuosituksien sisällöstä keskusteltiin hoitajien kesken. Hoitajat kokivat tietävänsä ja tuntevansa suositukset. Hoitosuosituksia käytetään päivittäisessä hoitotyössään. Osastolle laaditut toiminta-ohjeet perustuvat hoitosuosituksiin. Suosituksia kerrattiin pysyäkseen ajan tasalla. Päivittyneiden suositusten sisältöön perehdyttiin.

”mä oon lukenut sen (saattohoidon suosituksen) tota sillä lailla et mä tiedän suurin piirtein mitä siinä lukee”

”oon pyrkinyt syventymään ja hakemaan sen (suosituksen)”

”pitämään ajan tasalla (suosituksia)”

”syöpäpotilaat on ne joiden kohdalla pitää miettiä suosituksia”

Suosituksia otettiin joskus mukaan potilaskäynnille. Kovin aktiiviseksi toiminnaksi suosituksen viemistä potilaalle ei kuvattu. Tiedon jakaminen potilaille koettiin tärkeäksi keskustelun ja rehellisen tiedon antajana. Käytännön toiminnassa asioita tarkastettiin suosituksista.

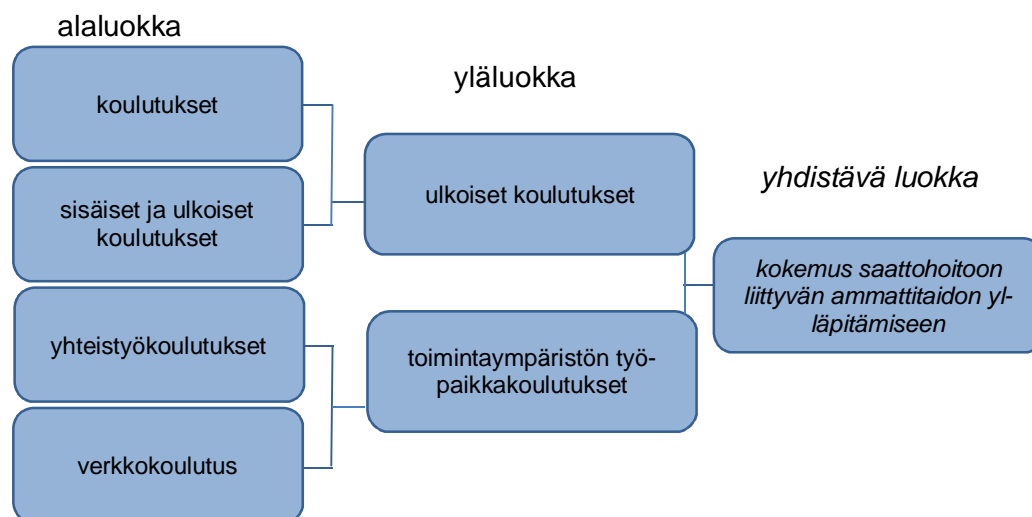
”luen ja joskus saatan jopa tulostaa sen mukaan, jos sieltä löytyy sellasta mistä olis myös hyötyä potilaalle”

Kivunhoidon suosituksen käyttö oli osa päivittäistä toimintaa. Suositusten koettiin olevan päivittäisessä käytössä ja kotisairaalan ohjeiden perustuvan suosituksiin sekä kotisairaalan lääkärin kokemuksiin. Onnistunutta kivunhoitoa pidettiin tärkeänä. Säännöllinen koulutus koettiin tärkeäksi.

Kivun arviointia korostettiin toistuvasti. Kaikki vastaajat eivät kertoneet lukeneensa suositusta nyt lähiaikoina, mutta viittasivat käyneensä niitä lävitse opiskelujen aikana. Laadittujen suositusten nähtiin ohjaavan lääkitysten antoa ja ne koettiin tärkeäksi.

”kipupotilaat joiden kohdalla on pitää miettiä suosituksia”

Sisällön analyysissa syntyi kolme luokkaa suositusten käyttöön liittyen; ammattitaidon ylläpitämisestä, kokemukset saattohoidon yhteistyöstä ja kokemukset työhyvinvoinnista. Kuviossa 11 tarkastellaan kokemuksia saattohoitoon liittyvän ammattitaidon ylläpitämisestä.



Kuvio 11. Kokemukset saattohoitoon liittyvän ammattitaidon ylläpitämisestä.

Kokemukset saattohoitoon liittyvän ammattitaidon ylläpitämisestä

Haastatteluissa hoitajat kokivat koulutukset tärkeiksi ja niihin osallistumisen mahdolliseksi. Koulutuksiin pääsi osallistumaan tasapuolisesti ja useita kertoja vuodessa. Koulutusten laajuus vaihteli puolen päivän koulutuksista usean päivän kokonaisuuksiin. Koulutuksiin osallistuminen mahdollistettiin työvuoroja muokkaamalla. Työvuorosuunnitelulla aamu- sekä iltavuorolaisten oli mahdollisuus osallistua koulutuksiin keskiviikkoisin.

Haastateltavat kokivat pääsevänsä koulutuksiin, jotka tukivat hoitajan omaa osaamista. Koulutuksiin osallistumisen koettiin olevan määrärahoista riippuvaista, vaikkei se ole tähän mennessä estänyt pääsyä koulutuksiin.

”mä oon päässy tosi hyvin koulutuksiin”

”mun mielestä tuetaan tosi hyvin, jos tulee mielenkiintoisia koulutuksia niin saa osallistua”

Keskiviikkoisin järjestettävä koulutus koettiin tarpeelliseksi, mikäli aihe kosketti kotisairaalaan toimintaa jollakin tavoin. Koulutuksiin osallistumiseen kannustettiin työntäjän taholta. Tärkeintä oli osallistua koulutuksiin jotka hyödyttivät omaa toimintaa. Usein keskiviikko koulutuksen sisältö koettiin usein liittyvän enemmän vuodeosastoille tarkoitetuiksi.

”meillä on joka keskiviikko esimerkiksi Puolarmetsässä aina koulutus, vaihteleva aihe”

Haastateltavat osallistuivat enimmäkseen palliatiivista- ja saattohoitoa, oirehoitoja ja kivunhoitoa käsitteleviin koulutuksiin. Syöpäpotilaan saattohoidon koettiin olevan tärkeää myös hoitotyön johdolle.

”kyllä noihin meidän just saattohoito- ja palliatiivinen hoitoon liittyviin pääsee aina aika monikin”

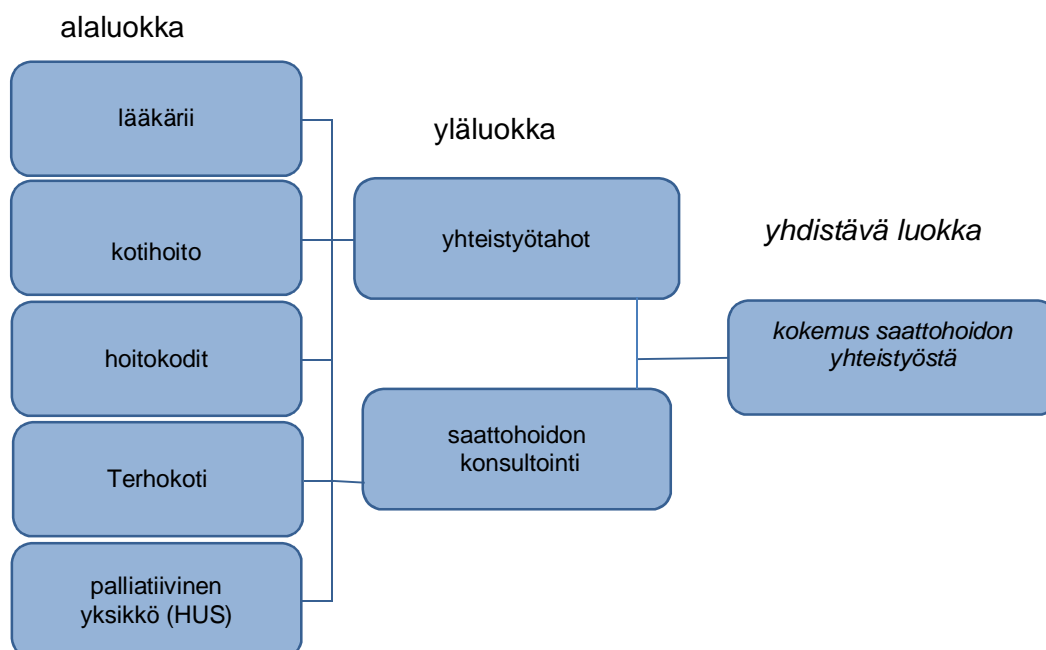
Ulkoisten- ja sisäisten koulutusten lisäksi hoitajilla oli mahdollisuus osallistua erilaisiin verkkokoulutuksiin, jotka olivat maksuttomia. Verkkokoulutusten sisältöä ei nimetty.

”verkkokoulutuksiin tulee aina linkit joihin pääsee ilmaseksi”

Yhteistyötä tapahtuu eri organisaatioiden välillä ja yhteistyö oli yleistynyt jonkin verran. Hoitajat osallistuvat yhteiskoulutuksiin ja HUS:ssa järjestettäviin koulutuksiin. Esimerkiksi haavahoidon koulutus, jossa mukana oli kaupungin eri yksiköitä ja yksityisiä hoitokoteja. Tällä pyrittiin yhtenäistämään hoitoa. Yhteiskoulutusten toivottiin yleistyvän muisakin potilasryhmissä.

Kokemus saattohoidon yhteistyöstä

Eri tahojen yhteistyötä korostettiin vastauksissa. Yhteistyötä on kuvattu kuviossa 12.



Kuvio 12. Kokemus saattohoidon yhteistyöstä.

Hoitajat tekevät työtään itsenäisesti kotikäynneillä. Hoitajilla oli käytössään laaditut ohjeistukset ja tarpeen mukaan lääkärin tuki epäselvissä tai muuttuneissa tilanteissa. Lääkäri on paikalla kotisairaalaan virka-aikoina. Muina aikoina lääkärin kannanottoa tai lisäohjeistusta pyydettiin päivystävältä lääkäriltä. Yhteistyö lääkärin ja hoitajan kanssa oli tiivistä. Päivystyksellisistä asioista vastasi Jorvin sairaalan terveyskeskuslääkäri. Hänellä ei välttämättä ollut paljon kokemusta saattohoidosta kotona. Tämän vuoksi hoitajat pyrkivät saamaan ohjeistukset omalta lääkäriltä.

”meillä on kaksi lääkäriä, joilta me voidaan käydä kysymässä”

”me voidaan soittaa tk päivystäjälle, jos meidän lääkäri ei ole paikalla kun hän on vaan virka-aikana”

Potilaan hoitamiseen osallistui usein kotisairaalan ja omaisten lisäksi kotihoito. Kotihoidon käynnit olivat erityisesti perushoidollisten toimien tekemistä potilaan luona. Työnjako oli varsin selkeästi sovittu. Käyntien määrä potilaan luona vaihteli. Kotihoito sekä kotisairaala selvittävät potilaan tarpeiden perusteella kuinka tiheästi käyntejä tehdään. Saattohoidossa olevan potilaan luona käynnit lisääntyvät usein loppua kohden. Moni haastateltava toi esiin kotihoidon käyvän potilaan luona yhdestä neljään kertaan päivässä. Käynneistä yksi ajoittuisi yöhön ja muut päivän aikana. Kotisairaalan käynnit olivat usein päivittäisiä.

”kotihoitokin on kiinteesti mukana siinä potilaan loppuvaiheen hoidossa”

”he käy sit just pesut tekemässä ja asentojen vaihdot ja vaipanvaihdot ja tämmöset”

Hoitokodit tekivät kotisairaalan kanssa yhteistyötä. Yhteistyön yhtenä osana oli heidän mahdollisuus konsultoida kotisairaalaan. Hoitokodeissa työskentelee paljon lähi- ja perushoitajia yöaikaan ja he voivat ottaa yhteyttä kotisairaalaan lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Koettiin, ettei heillä ei ole samanlaisia keinoja toteuttaa lääkehoitoa. Toisinaan oli tilanteita jolloin kotisairaalan hoitaja kävi antamassa esimerkiksi jotakin kipulääkettä hoitokodin asukkaalle. Haastateltavista muutamat kokivat, ettei hoitokodeissa olisi riittävän hyvää saattohoidon osaamista ja tietämystä. Käynneillä hoitajat ohjasivat hoitokodin hoitajia lääkkeen annon yhteydessä. Avun antaminen koettiin tärkeäksi ja samalla tiedon antaminen ohjauksen muodossa.

”tietysti hoitokodithan meitä konsultoi”

”hoitokodissa hoitaja soittaa ja pyytää kipulääkettä ja me sitten viedään ja ohjataan niitä hoitajia siinä kipulääkityksessä”

Positiivisia kokemuksia hoitajilla oli yhteistyöstä Terhokodin kanssa. Moni kertoi osallistuneen Terhokodin järjestämiin koulutuksiin. Yhtenä merkittävänä tekijänä hoitajat pitivät Terhokodin ylilääkärin Juha Hännisen järjestämiin koulutuksiin osallistumista sekä hänen osallisuuttaan saattohoidon ohjeistusten laadintaan. Hännisen roolia pidettiin merkittävänä saattohoidon kehittäjänä kansallisesti ja tiedon jakajana. Palliatiivisen yksikön (HUS:ssa) mukana olo yhteistyössä tuotiin myös esille. Yksikkö toimi konsultaationantajana.

”meillä on hyvin tiivis yhteistyö Terhokodin kanssa, et Juha Hänninen käy täällä kouluttamassa”

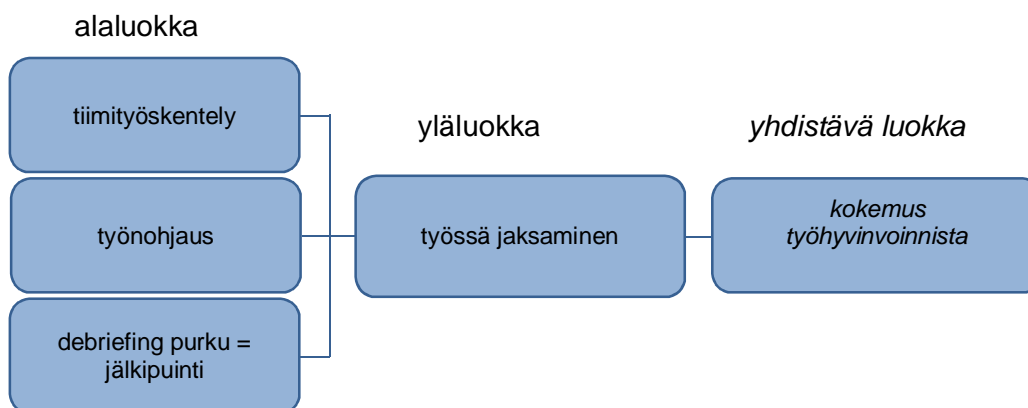
Kokemus työhyvinvoinnista

Hoitajien työtä kuvattiin raskaaksi ja jossakin määrin kuormittavaksi. Kokemukset työhyvinvoinnista on koottu kuvioon 13.

Haasteltavista useat toivat esiin mahdollisuuden halutessaan osallistua työnantajan järjestämään työnohjaukseen. Hoitajille työnohjausta järjestettiin kuukausittain. Ulkopuolisen työnohjaajan koettiin olevan hyvä, mahdollistavan syvällisenkin keskustelun. Työnohjaus koettiin tärkeäksi omien ajatusten ja työssä heräävien tunteiden esille tuonnissa. Työnohjauksen koettiin tukevan myös omien tunteiden käsittelyä. Osallistuminen työnohjaukseen oli vapaaehtoista ja siihen osallistuminen oli kaikille mahdollista.

”ulkopuolinen työnohjaaja joka on erinomainen”

”meillä on työnohjausta, sitä tuetaan”



Kuvio 13. Kokemus työhyvinvoinnista.

Monet kokivat kotisairaalan työyhteisön olevan hyvä. Asioista ja tunteista oli mahdollista keskustella työyhteisön jäsenten kanssa, josta käytetään nimitystä tiimi. Potilaskäynneillä heränneistä ajatuksista ja tunteista keskusteltiin jo työpaikalla. Tällöin välttyttiin itsensä sekä läheistensä liialliselta kuormittamiselta. Ilmapiiiri kotisairaалassa kuvattiin avoimeksi ja mukavaksi. Kollegan tuki nähtiin tärkeäksi tukemista ylläpitäväksi voimavaraksi.

”meillä on tosi mukava ilmapiiiri täällä”

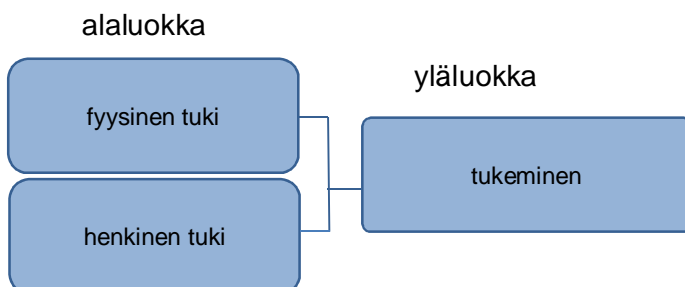
”...meillä on niinku hyvä tiimi ja pystyy keskustelemaan niistä asioista ja tunteista mitä siellä potilaalla herää niin tiimin kanssa.”

Kotisairaalan toiminnan laajentuminen muutamia vuosia sitten lisäsi yövuoron henkilökuntaa. Aiemman yhden hoitajan sijaan määrä kasvoi kahteen hoitajaan. Nykyään myös yövuorossa on mahdollista purkaa ajatuksiaan saaden vahvistusta omalle toiminnalleen.

*”nykyään ku meitä on öisinkin kaks ni ei oo ikinä semmosta tilannetta ett-
etkö sä voisi jollekin purkaa”*

Mikäli työssä tapahtuisi jotakin hyvin dramaattista, oli kotisairaalassa mahdollisuus debriefing purkutilaisuuteen. Tätä varten Puolarmetsän sairaalassa on koulutettuja henkilöitä. Sessio pyritään järjestämään pian tilanteen jälkeen. Lähiaikoina sellaista tilannetta ei tullut esille.

Kokemuksista kivunhoidon suositusten käytöstä muodostui yksi luokka kuvaamaan hoitajien kokemuksia, luokka nimettiin *tukemiseen liittyvät kokemukset* ja esitetään kuviossa 14. Tukemisen kokemukset muodostuivat kahdesta osasta: fyysiseen tukeen liittyvät kokemukset ja henkiseen tukeen liittyvät kokemukset. Kokemuksen mukaan saattohoidossa on pyrkimyksenä mahdollisimman oireeton loppuelämä, kivuttomuus ja oikeus saada hyvää hoitoa.



Kuvio 14. Tukemiseen liittyvät kokemukset.

Haastatteluissa ilmeni, että saattohoidossa oleva potilas kohtaa erilaisia fyysisiä oireita. Oireiden tunnistaminen koettiin tärkeäksi. Oireisiin löytyy lääkkeellisiä helpottavia menetelmiä. Useimmin esiin nousivat potilaan ruokahaluttomuuteen, kipuun ja pahoinvointiin sekä limaisuuteen liittyvät oireet.

”meillä pystytään hoitamaan kipua, pahoinvointia, ahdistuneisuutta, limaisuutta”

”meillä on sellaiset yleiset määrät esimerkiksi morfiinissa, mutta ne aina sitten titrataan kullekin potilaalle sopivaksi”

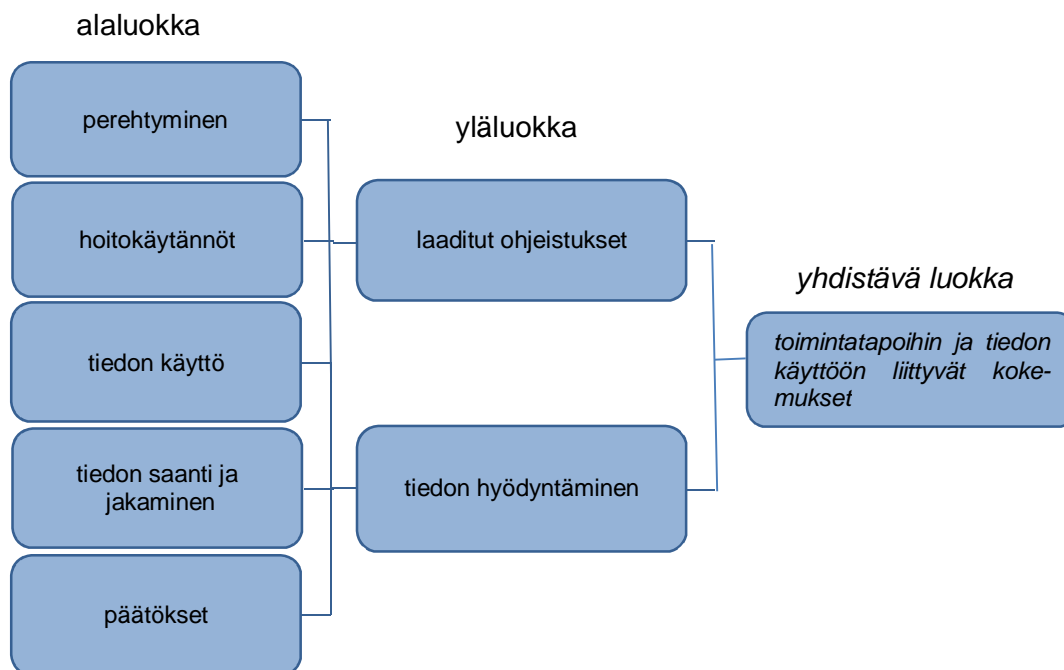
Erilaisia fyysisiä oireita hoidetaan varsin pitkään. Saattohoidon päätös sinänsä saattoi muuttaa linjausta vaikkapa verensiirron antamatta jättämiseen, koska sen ei koettu merkittävästi kohentavan potilaan tilaa ja odotettavissa olevaa elinaikaa oli vähän. Antibiootteja käytettiin vähän, mutta jo aloitettua hoitoa jatkettiin. Oireenmukaisen hoitolinjauksen mukaisesti oireita lievittäviä hoitoja jatkettiin ja arvioita tehtiin voinnin muutosten perusteella siirryttäessä saattohoitoon. Aikaisemmin hoidossa käytetyistä toiminnoista, kuten nesteytyksistä ja ravintoliuoksista, luovuttiin niistä saadun hyödyn puuttuessa. Kokemuksen myötä saatuun tietoon perustuen luovuttiin hyödyttömiksi katsotuiksi hoitotoimista.

Henkiseen tukeen liittyvät kokemukset olivat seuravanlaiset. Kokemuksen mukaan henkisellä ahdistuksella oli merkittävä osansa saattohoidon toteuttamisessa. Henkisen ahdistuksen huomiointi koettiin tärkeäksi ja apuvälineinä sen hoitamiseen koettiin olevan hyvä vuorovaikutus potilaan kanssa, läsnä oleminen ja keskustelu. Lääkkeellisesti tilannetta koettiin pystyvän helpottamaan antamalla rauhoittava lääke yhdessä kipulääkkeen kanssa. Lääkkeellisessä hoidossa käytettiin midatzolam-lääkettä, joko yksittäisinä annoksina subcutiskanyyliin tai kipulääkkeen kanssa kipupumpun kautta.

Lääkehoito koettiin hyvänä ja potilaan ahdistusta helpottavana. Keino myös hallitsemattomaan ahdistuksen hoitoon oli olemassa, palliatiivinen sedaatio. Keinon käyttö kotisairaalassa ei tarkemmin tullut esille, mutta siihen liittyvää koulutusta oli ollut tarjolla. Hoitajat antoivat henkistä tukea myös omaisille, joiden mukana olo kuvattiin muutoinkin tärkeäksi. Omaisia huomioitiin paljon ja pyrkimyksenä oli antaa heille kiireetöntä aikaa ja mahdollisuus olla aina yhteydessä tarpeen niin vaatiessa.

5.5 Kokemuksia työnantajalta saamasta tuesta näyttöön perustuvaan tietoon

Työnantajalta saamasta tuesta löytyi haastattelun perusteella kaksi yhdistävää luokkaa. Toimintatapoihin ja tiedon käyttöön liittyvät kokemukset (kuvio 14) sekä kokemukset hoidon laadun varmistamisesta (kuvio 15).



Kuvio 15. Toimintatapoihin ja tiedon käyttöön liittyvät kokemukset.

Toimintatapoihin ja tiedon käyttöön liittyvät kokemukset

Kokemukset uuden työntekijän työhön perehdyttämiseen koettiin valtaosin hyviksi. Haluttiin siirtää eteenpäin työkuluttuuria ja toimintatapoja muun muassa tutoroinnin avulla. Tietoa oli hyvin saatavilla ja perehdytyksessä hyödynnettiin laadittuja ohjeistuksia sekä käytössä olevia oppaita. Kehoitettiin perehtymään laadittuihin oppaisiin ja tärkeää oli samanlaisen ohjauksen antamisen. Vastaajista osa toi esille uuden työntekijän saavan aikaa tiedon perehtymiseen työaikana.

Perehdytys koettiin pääosin hyvänä ja oppimista tapahtui kokeneemman kollegan mukana ololla potilaskäynneillä. Toisen hoitajan puhelinohjauksen kuunteleminen antoi tietoa uusille työntekijöille. Muutamat vastaajista kertoi uudet työntekijät saavat tietoa omassa tahdissaan, sen verran mitä oli siinä vaiheessa kykenevä vastaanottamaan. Kartoituskäynnin tekeminen yhdessä kollegan kanssa nähtiin myös tärkeäksi.

”kyllä uusilla työntekijöillä on mahdollisuus käyttää aikaa myös opiskeluun”

”sitten aina uusille just toi Hännisen saattohoito-opas, mikä on pieni vihkonen, mut hyvinkin tärkeä”

”meillä on ihan hyvä perehdytys, et meillä ei ketään laiteta menemään ennen kuin on saanut vanhemman hoitajan kanssa käynyt siellä vähintään kerran tommosella saattohoitokäynnillä”

Hoitajien kokemukset hoitokäytäntöjen muodostumisesta pohjautuvat laadittuihin toimintaohjeisiin kotisairaalaissa. Muutama hoitaja kertoi aiemmin esimerkiksi kivunhoidon arvioinnin olleen varsin kirjavaa. Muutamia vuosia sitten laadittu toimintaohje kivun hoidon ohjauksesta oli parantanut kivun arviointia. Samojen kysymysten esittäminen potilaalle lisäsi hoidon ja ohjauksen tasalaatuisuutta.

”esimerkiksi kivunhoidon ohjaus puhelimesta eli joskus se oli hyvinkin kirjavaa, mutta sitten me tehtiin tällöinen helpperi et mitkä ne on tärkeitä kysyä ja miten ohjataan”

Potilaalle saavutetaan hyvää hoitoa, kun koko työyhteisö toimii yhteisesti laadittujen toimintamallien mukaisesti. Monet hoitajista kuvasivat toimintaohjeiden perustuvan tutkustietoon, hyväksi havaittuihin menetelmiin ja kokemukseen. He kokivat laaditut toimintaohjeet hyväksi työkaluiksi hoitotyöhön mahdollistaen muun muassa tasaisen ohjauksen laadun potilaille.

”jos tiimi toimii sen mukaan mitä ollaan sovittu niin se ja sit kaikki pyrkii siihen yhteisesti laadittujen toimintamallien toteuttamiseen niin sillä saadaan sitä tasalaatuista hyvää hoitoa potilaille”

Tiedon käyttöön liittyvät kokemukset kuvattiin seuraavasti. Kaikkien vastaajien mielestä työyksikössä käytettävissä oli käytettävissä ammattikirjallisuutta muun muassa eri sairauksista, potilaan hoidosta ja lääkehoidosta. Useat hoitajat kokivat tiedon haun työajalla olevan hankalaa kiireisen työn vuoksi. Työaika käytettiin potilaan hoitamiseen kotikäynnin, puhelinohjaukseen ja kirjaamiseen. Koettiin, ettei uuteen tietoon perehtymiseen olisi riittävästi aikaa eikä varsinaisesti nimettyä aikaa ollut. Monetkaan eivät tuoneet esille käyttävänsä vapaa-aikaansa tietoon perehtymiseen tai tiedon hakemiseen. Esille tuotiin kirjallisuuden tai ohjeistuksen kotiin lainaaminen oman halun mukaisesti. Osallistuttaessa johonkin hankkeeseen tai opintoihin tiedon haku oli aktiivisempaa. Tähän oli varattu U- aikaa eli poissa miehityksestä olevaa aikaa. Työpäivän aikana oli joskus mahdollisuus uuteen tietoon tai ohjeistuksiin perehtymiseen, lähinnä silmäilemällä ei niinkään kunnolla paneutumisella.

"Mut kyl se niin tahtoo olla, et tässä työpäivän aikana ku on hektistä tai muuta häiriötä, ni ei niitä pysty sillai lukemaan, kotona sitten."

"ni tota kiireen takia kyllä aika oikolukemalla menee"

"aika harvoin niihin ehtii oikein syventyä"

Tiedonhakumenetelmiä toi jokainen haastateltava esille. Usein tietoa pystyttiin hakemaan omalta työkoneelta potilastyön ohessa, muun muassa terveysportin kautta. Jokaisella oli mahdollisuus päästä työkoneelta verkkoon ja sitä kautta hakemaan tai perehtymään tietoon. Monet hoitajat olivat opiskelujen kautta tutustuneet paljonkin tiedonhakumenetelmiin kokien ne tutuiksi. Tiedonhakutaidot olivat vastaajien mielestä kohtalaiset tai hyvät, yksi vastaajista koki taitonsa heikoiksi. Tiedonhakuun liittyvien hakusanojen oikeellisuus koettiin monen haastateltavan kohdalla ratkaisevaksi. Tämän takia käytettiin selkeitä hakusanoja.

"kyllähän me päästään työkoneelta kyllä hakemaan, ainakin me päästään terveysporttiin"

Tiedon saantiin ja jakamiseen liittyvät kokemukset olivat vastaajien mielestä seuraavalaisia. Tiedon välittäminen osastolla koettiin vaihtelevaksi. Osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kautta saatiin paljon tietoa, usein sähköpostitse. Myös lääkäriltä saatiin usein tietoa. Tieto, jota välitettiin hoitajille, oli muun muassa erilaiset julkaisut joihin kannustettiin perehtymään.

Hoitajien käymien koulutusten seurauksena keskustelua aiheesta käytiin aktiivisesti. Hoitajat kuvasivat tietoa olevan paljon käytettävissä. Tutkimuksellisuuteen ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä kuvaavia teoksia tai lehtiä toivottiin olevan käytössä enemmän. Osa haastateltavista kertoi käytössä olevan lääkäreille suunnatun Duodecim-lehden, josta uusinta tietoa oli saatavilla. Kyseistä lehteä.

"apulaisosastohoitaja, osastonhoitajan kautta tulee paljon samoin lääkäreiltä hirveen hyvää tietoa"

”me saadaan se vieminen tieto sitten lääkäreitten kautta tai sitten ihan sähköpostiviestejä meille tulee monesti apulaisosastonhoitaja lähettää jos on tullut jotain semmosia julkaisuja joihin perehtyä”

Toisilla työntekijöillä oli paljonkin tietoa muille annettavaksi. Ja haasteena on sen tiedon välittäminen muille. Useat kertoivat tiedon jakamisen tapahtuvan osastotunneilla. Osastotunteja, sisällöltään vaihtelevia, järjestettiin viikoittain. Osastotunnille osallistui sinä päivänä töissä olevat hoitajat ja laaditun muistion välityksellä keskeiset asiat siirtyvät muillekin. Selkeää toimintatapaa ei koettu olevan uusimman tiedon käsittelyyn osastotunnin lisäksi. Muutamat toivat esiin tutkuspajatoiminnan tutkimustiedon käsittelyssä, jota ei kuitenkaan käytetty työyksikössä. Sellaisen tarpeellisuudesta oli nähtävissä merkkejä. Yhteisesti työryhmässä käydyt keskustelut olivat usean mielestä hyvä tapa käsitellä asioita ja pohtia toimintatapoja.

”meil pitäis olla enemmän osastotunteja, jossa me jaetaan tietoa ja mietitään”

”saattohoito on niin paljon muutakin kuin tieteellistä tietoa, potilaan kohtaamisesta ja niitä kokemuksia ja potilas esimerkkejä, ne on hedelmällisiä”

Koulutuksen jälkeen järjestettiin osastotunti, jossa työntekijä kertoi koulutuksen sisällöstä ja merkittävistä esille tulleista asioista.

”Ja aina ku joku on käynyt koulutuksessa ni hänen tulee tuoda se uusin tieto sieltä osastotunnille”

”ku käydään koulutuksissa esim saattohoidon koulutuksissa ja siellä tulee tietoa ja lähteitä ni ja se materiaali, luentomateriaali tuodaan tänne”

Hoitajien tekemiin päätöksiin vaikutti useampia tekijöitä. Kaikki toivat esille lääkärin antamien määräysten vaikutuksen päätöksen tekoon. Lääkärin tekemät ohjeistukset koettiin tärkeänä hoidon alkuvaiheista lähtien. Lääkärien koettiin tekevän ohjeita riittävästi ja lisäohjeita oli saatavilla tarvittaessa, mikäli annetut ohjeet tuntuivat riittämättömiltä.

”Niihin annettuihin ohjeisiin mitä lääkäri on määrännyt.”

Hoitajan oma kokemus vaikutti toimintaan. Kokemus hoitotyöstä antoi valmiuksia potilaan kohtaamiseen ja ilmenevien muutoksien havaitsemiseen. Kokemuksen myötä hoitajien oma päätöksenteko lisääntyi ja myös uskallus sen käyttöön. Päätösten tueksi tarvittiin luotettavaa tietoa.

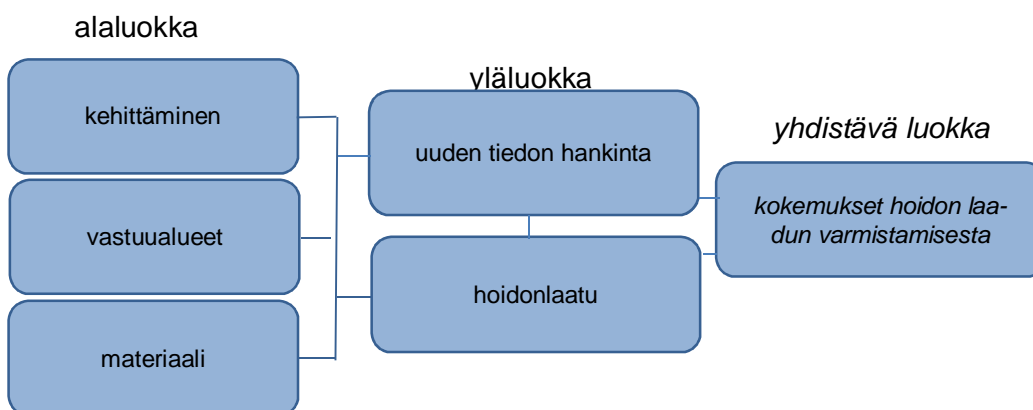
”(tutkimustieto) hyvin pitkälle ohjaa toimintaa, ei sitä voi ihan päästä, vaikka mä sanon et se perustuu mun omaan ammattitaitoon..”

”...kokemuksen ja tutkimuksen kautta tulee on tullut tietoa siitä miten potilas kohdataan...”

Monet hoitajat kokivat päätöstä tehdessä huomioivansa yksikön laatimat ohjeistukset ja toimintaohjeet. Toimintaohjeiden koettiin perustuvan tutkimustietoon ja näin ollen olevan luotettavia. Toimintaa kuvattiin johdonmukaiseksi ja tutkimustietoon perustuvaksi. Epäselvissä asioissa hoitajat kokivat saavansa tukea kollegalta tai lähtivät etsimään tietoa itsenäisesti tietoa laadituista hoitosuosituksista tai kirjallisuudesta. Hoitajat kertoivat pitävänsä tärkeänä sitä, ettei annettu tieto ole sattumanvaraista.

Kokemukset hoidon laadun varmistamisesta

Itsensä kehittäminen ja tietojen ajan tasalla pysyminen koettiin haastattelujen perusteella tärkeäksi. Kuviossa (16) kuvataan sisällön analyysin luokittelusta.



Kuvio 16. Kokemukset hoidon laadun varmistamisesta.

Erilaisten koulutusten ja opintojen suorittamisen koettiin tuovan uutta päivitettyä tietoa muun muassa hoitokäytännöistä. Täydennyskoulutukset antoivat koulutuksen käyneelle

tietoa ja työyhteisöön usein jonkinlaisen työkalun hoitotyön toteuttamiseen. Tästä hyvänä esimerkkinä on kipupotilaan ohjaukseen käytettävä haastattelurunko, jonka kaikki tunsivat ja käyttivät työssään. Haastateltavat kokivat halutessaan pääsevänsä mukaan erilaisiin hankkeisiin. Hoitajat kokivat hoitokäytäntöjen olevan usein tieteelliseen tietoon tai hyväksi havaittuun tietoon perustuvia. Käytäntöjen taustalla katsotaan vaikuttavan laaditut hoitosuositukset.

”Ja meillä on aika tarkkaan täälläkin käyty niitä linjauksia läpi ja hoitokäytäntöjä..et se on niinku ettei jokainen toimi sattumanvaraisesti vaan et tieteelliseen tietoon tietoon tai hyväks havaittuun tietoon perustuvia”

Kipupotilaan ohjausta lähdettiin kehittämään osaston tarpeista. Ensin kartoitettiin tarv jonka perusteella tehtiin ohje. Kipupotilaan ohjaus koettiin kirjavaksi ja hoitajat halusivat parannusta ohjauksen tasaisuuteen.

”hän lähti tarpeista ett hän sitä haastatteli ja kyseli onko jotain mitä tarvittais tänne ja sieltä pohjalta se niinko tarpeista lähti”

Työnantaja mahdollisti pääsyn erilaisiin erikoistumiskoulutuksiin ja täydennyskoulutuksiin hoitajan oman halun sekä tarpeen mukaan. Useat haastateltavista olivat suorittaneet erilaisia erikoistumisopintoja, joiden pituus vaihteli.

Haastatteluun vastannaista monet toivat esiin, että heillä oli työpaikallaan nimettynä jokin vastuualue tai osaamisalue. Vastuualueen laajuus vaihteli ja usein siihen varatun ajan koettiin olevan riittämätöntä. Hoitajien kokemuksen mukaan heille annetaan vaihtelevasti, vastuualueesta riippuen, U - päivä jolloin mahdollisuus päivittää tietoja. Vastuualueiden laajuus vaikutti tarpeeseen päivittää tietoja. Joillakin vastuualueilla oli useampiakin työntekijöitä vastuu ja tehtävät jakaantuivat useampien työntekijöiden kesken. Koettiin tärkeänä lukea omaan vastuualueeseen liittyviä tietoja.

”meillä on jokaisella tommoset osaamisalueet, jossa niinku ne päivitetään aina sen mukaisesti mitkä on sen päivän trendit”

”mut sehän on tärkeätä, et ku on oma vastuualue ni niitä lukea siihen”

Haastatteluissa ilmeni käytettävissä oleviin materiaaleihin liittyvät kokemukset seuraavasti. Lähes kaikkien haastateltavien kokemuksen mukaan heillä oli käytössään työpaikalla erilaisia kirjallisia teoksia muun muassa syöpähoidoista, kivunhoidosta, palliatiivisesta hoidosta, eettisyydestä sekä saattohoidosta. Osastolle tilattiin säännöllisesti kirjallisuutta, kahdestikin vuoden aikana. Ammattikirjallisuuden koettiin olevan kaikkien käytössä. Ja kotiin lainaaminenkin oli mahdollista. Kirjallisuus koettiin tärkeäksi vaikkakin huomioitiin kirjallisuuden vanheneminen ajansaatossa. Pääsy sähköisiin materiaaleihin ja julkaisuihin koettiin hyvänä. Omien taitojen ja kiinnostuksen mukaisesti tietoa kerrottiin haettavan muun muassa epäselviin asioihin erilaisista lähteistä. Esimerkkeinä annettiin eri sairaanhoitopiirien sivustoja, terveystietä ja lääkkeiden osalta *pharmaca* verkkosivustona. Useampi hoitaja kuvasi etsivänsä tietoa lähdekriittisesti.

”ammattikirjallisuus on ihan sitä uusinta”

”meillä on ihan kohtalainen kirjasto tuolla”

”kaupungin verkosta päästään hyvin moniin eri lähteisiin ja paikkoihin”

”Effic on käytössä ja järjestelmässä suoraan Terveystietä”

Hoitajat kokivat saavansa hyviä lähteitä käyttöönsä erilaisten koulutusten kautta. Uusimpiin tutkimustuloksiin perehtyminen mahdollistui tätä kautta.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikessa tutkimustyössä pyritään välttämään virheitä ja tehdyn tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava (Tuomi – Sarajärvi 2009: 134). Seuraavissa luvuissa luotettavuutta arvioidaan menetelmän ja tulosten mukaisesti.

6.1.1 Menetelmän luotettavuus

Haastatteluja varten anottiin tutkimuslupa (liite 4) Espoon kaupungilta. Haastatteluita varten oli etukäteen pyydetty osastonhoitajalta suullinen suostumus, jonka hän antoi. Haastateltavilta oli pyydettävä suostumus tutkimukseen myös kirjallisena. Luotettavuutta arvioitaessa oli huomioitava mahdolliset erilaiset näkökulmat haastateltavilla henkilöillä. Työkokemus kyseisestä työstä tulee ottaa huomioon tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Tutkimuksen osallistuville on perusteltua kertoa haastattelun aihe, koska osallistuminen saattaa estyä tiedon puutteeseen. Kaikki haastateltavat saivat ennen haastattelun alkua saatekirjelmän, jossa tutkimustyön aihe ja tarkoitus kerrottiin. (Tuomi - Sarajarvi 2009: 73.) Tutkimuksessa käytettävä suostumus on liitteenä (liite 5).

Haastattelun käyttämisen aineiston keruumenetelmänä tässä opinnäytetyössä arvioidaan antaneen luotettavaa tietoa ilmiöstä. Äänityksen arvioidaan parantaneen luotettavuutta, koska haastateltavan kokemukset ja näkemykset eivät jääneet tutkijan muistiinpanojen sekä kuulon varaan. Alkuperäiseen ilmaisuun ja sanamuotoon voitiin palata nauhoitusta uudelleen kuuntelemalla. Haastatteluihin oli varattu riittävästi aikaa. Ennen haastattelun alkua kerrottiin aiempien haastatteluihin perustuen viitteitä ajankulusta. Pääosin kaikkien haastatteluiden kohdalla pysyttiin suunnitelmassa. Haastattelussa käytettiin haastattelurunkoa jota täydennettiin lisäkysymyksillä (liite 6).

Aikaa haastatteluun varattiin yhden tunnin verran. Haastatteluilmapiiri oli luottamuksellinen ja avoin, koska hoitajat toivat esille kokemuksiaan muun muassa saattohoidosta. Haastatteluissa oli hiljaisia hetkiä, jolloin osallistujan oli mahdollista miettiä mieleen tulevia asioita. Hetket antoivat haastattelijalle mahdollisuuden vastauksen pohtimiseen ja tarkentavien kysymyksien esittämiseen. Osallistujalla oli mahdollisuus kertoa omista näkemyksistään avoimesti ja rohkeammin kuin esimerkiksi ryhmähaastattelutilanteessa. Tutkimuksen kohdejoukon ollessa pieni, kyselylomakkeella kerätty aineisto olisi saattanut antaa pintapuolisen tiedon.

Tutkimukseen oli aluksi vaikeuksia saada haastateltavia. Osastolla vierailu ja esittäytyminen varaesimiehen pyynnöstä tuotti tulosta. Tiedonsaantia lisättiin antamalla tutkimussuunnitelma luettavaksi, joskin ihmettelin asiaa jonkin verran. Osa haastateltavista ilmaisi haastattelun aikana aikoneensa lukea suositukset haastattelua varten, mutta suoria viitauksia suunnitelmaan ei tullut esille. Luotettavuuden lisääjänä oli suunnitelman

näkyville tuonti. Muutamia kertoja haastattelujen aikana esille tuli halu osallistua ryhmähaastatteluun, jonka haastateltavat kokivat olevan hyvä tapa keskustella saattohoidosta.

Ongelmana kuitenkin oli tutkijan yksinolo. Yksin ollessa kaikkien kokemuksen saaminen esille olisi ollut haastavaa. Ryhmässä haastattelun vaikeutena olisi saattanut olla erilaisten ihmisten halu vastata ryhmätilanteessa. Aremmalla olisi voinut olla paljonkin sanottavaa ja jäänyt sanomatta muiden läsnä ollessa aiheen arkuuden vuoksi. Vaikuttavana tekijänä on myös erilaisen kokemuksen hoitotyöstä saattohoitopotilaiden parissa, vähemmän aikaa työskennellyt saattoi kokea oman tiedon tai taidon olevan vähäinen ja oli näin haluton jakamaan sitä. Myös vuorotyö olisi tuonut haasteita haastatteluajan järjestämiseen aikataulujen yhteensovittamisen muodossa. Työyksikön esimiesten tuki vaikutti varmasti haluun osallistua. Hoitajia kannustettiin osallistumaan haastatteluun, jotta saadaan tietoa yksikön kokemuksista.

Haastattelujen jälkeen osaston yhteyshenkilölle laitettiin sähköpostitse viestiä, että haastatteluun osallistuneilla olisi halutessaan mahdollisuus antaa palautetta haastattelutilanteesta. Palautetta ei juurikaan annettu. Monet haastateltavat olivat selkeästi hyvillään haastattelun päättymisestä ja epäilivät olivatko antaneet hyviä vastauksia. Pyrkimys oli ennen haastattelun alkua jokaiselle kertoa, ettei ole kysymys tietokisasta vaan tarkoituksena tuoda omaa näkemystä ja kokemusta esille. Ennen haastattelua jokaiselle kerrottiin mahdollisuus jättää vastaamatta kysymykseen tai tarkentaa aiemmin sanottua.

Haastattelutilanteessa pystyi aistimaan jännitystä tallentamisesta johtuen, joka usein hävisi tilanteen edetessä. Tarkentavia kysymyksiä apuna käyttäen saatiin kerätyksi hyvä aineisto. Saattohoidosta olisi herännyt pidempääkin keskustelua haastateltavien kesken. Haastattelun alkuun asetettu kysymys, omasta kokemuksesta saattohoidosta, olisi se tuottanut monipuolisempia vastauksia, mikäli sen eteen olisi tultu myöhemmässä vaiheessa. Kysymyksen pystyi kokemaan laajana, jonka haastateltavatkin toivatkin esille. Koen kuitenkin sen herättäneen aiheeseen ja useasti haastattelun aikana viitattiin saattohoitoon muun vastauksen ohessa. Haastateltavat kertoivat kokemuksiaan ja ajatuksiinsa vaihtelevasti.

Haastatteluun käytetyt ajat vaihtelivat suurestikin. Haastattelut kestivät keskimäärin 38 minuuttia. Aineiston ulkopuolelle jäivät keskustelut, jotka käytiin ennen tai jälkeen haastattelun. Syynä tähän oli se, ettei niitä kirjattu eikä tallennettu muistiin. Teknisesti haastattelut onnistuivat yhtä haastattelua lukuun ottamatta hyvin. Haastattelun purkuun sai

tällöin käyttää enemmän aikaa, koska ilmeisesti puhelimen lähellä olo aiheutti ääneen laatuun ajoittain heikkoutta. Tosin tämän tultua esille pyysin seuraavilla haastattelukerroilla jättämään puhelimen kauemmaksi nauhurista. Lopuissa haastatteluissa ei esiintynyt enää vastaavaa ongelmaa. Nauhurin äänenlaatu oli hyvä ja hiljaisemmalla äänelläkin puhuneiden äänet sain hyvin esille.

Yksi haastattelu keskeytyi kolmannen tahon tullessa huoneeseen. Asian selvittämisen jälkeen hän poistui ja pääsimme jatkamaan haastattelua loppuun saakka. Kysymyksiä ei keskeytyksestä huolimatta jäänyt kysymättä, mutta palaaminen uudelleen esitettyyn kysymykseen oli perusteltua tilanteessa. Haastatteluissa vastauksen perusteella saatoinkin tehdä valinnan ja jättää kysymyksen kysymättä. Mikäli ei ollut tietoa tai kokemusta asiasta, en olisi saanut vastausta seuraavaan kysymykseen. Haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin auki sanasta sanaan. Huokaukset, ”ää, öö, ja hmm” jätettiin kirjoittamatta haastattelusta. Haastattelun aikana tehtyjä havaintoja kirjasin muistiin. Tämänkaltaisia olivat muun muassa äänenpainot ja tunne mielenkiintoisesta asiasta tai toisaalta hankalasta tai epämieluisasta asiasta. Pitkän hiljaisuuden havaintoja myös tehtiin ja liittyen kysymyksen hankaluuteen.

Kymmenen haastattelua oli riittävä määrä opinnäytetyöhön. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tavoitteena oli tehdä 12 haastattelua. Vastauksissa alkoi useamman haastattelun jälkeen esiintyä kylläntymistä eli saman asian toistuvuutta. Saturaatiopisteen voidaan sanoa saavutetun ja uutta informaatiota ei enää kymmenen haastattelun jälkeen olisi saanut. Vaikkakin jokainen haastattelu oli ainutkertainen kokemus tuoden uutta tietoa. (Vilkka 2015: 152.)

Sinänsä tutkimusmenetelmänä ei ollut valittuna havainnointi, mutta haastattelujen aikana ilmeni erilaisia ilmeitä, eleitä, äänenpainoja, jotka pantiin merkille. Äänenpainolla saattoi olla merkitystä asenteiden kohdalla, kuinka haastateltava sillä hetkellä puhui aiheesta tai ehkä vältti keskusteluakin.

Haastattelun ajankohta oli monen mielestä kiireistä aikaa. Vaikutukset haastattelun toteutumiselle ilmenivät muutamissa tapauksissa ajan siirtämisellä tai kollegan kanssa aikaa vaihtamalla. Kahtena päivänä toteutui kaksi haastattelua lähes peräkkäin, mikä oli tutkijalle työläämpi. Haastattelujen välinen aika olisi voinut olla pidempi, jotta olisi voinut kirjata muistiin edellisen haastattelun kokemuksia ehkä paremmin. Kotisairaala on varsin pieni työyhteisö, jossa työskentelee noin kaksikymmentä hoitajaa.

Osastolla oli ollut tutkimushetkellä vaihtuvuutta henkilökunnassa. Osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista kutsusta huolimatta. Nuoret ja vähemmän kokemusta omaaneet hoitajat saattoivat kokea tietonsa vähäiseksi, minkä vuoksi he eivät halunneet osallistua haastatteluun. Osallistuneiden joukossa oli vähemmän kokemusta omaavia hoitajia, jotka olivat hyviä tiedonantajia tutkimuksen ilmiötä ajatellen. Eripituisen kokemuksen omaavilla oli erilainen näkemys asioihin, jolloin saatiin kuvattua erilaisia kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä.

Sisällön analyysin luotettavuuden kannalta ongelmana on pidetty sitä, että tutkija ei pysty objektiivisesti tarkastelemaan analyysiprosessia vaan tulkinta perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen. Tätä ongelmaa ei pidetä kuitenkaan suurena, kun aineistosta on analysoitu vain ilmi sisältö, kuten tässä opinnäytetyössä on tehty. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 10.)

Sisällön analyysin haasteena nähdään se kuinka tutkija on onnistunut pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategorioita niin, että ne kuvaavat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tulosten luotettavuuden kannalta merkittävää on se kuin tutkija pystyy osoittamaan yhteyden aineiston ja tulosten välillä. Muodostettujen kategorioiden tulee olla yhteydessä aineistoon. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 10.) Esimerkki tutkimuksessa laaditusta sisällön analyysistä on liitteessä 7.

6.1.2 Tulosten luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten vastaavuutta tutkittavaan ilmiöön (Kananen 2015: 353). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä pidetään uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä (Kylmä - Juvakka 2007: 127). Tutkimuksen tekijä on pääasiallinen luotettavuuden kriteeri, jolloin luotettavuuden arviointia tehdään koko tutkimusprosessista. (Eskola – Suoranta 2001: 210).

Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen sekä tulosten uskottavuutta, joka osoitetaan tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän on varmistettava, että tutkimustulosten vastaavan osallistuneiden henkilöiden käsityksiä. Tässä tutkimuksessa on pyritty osoittamaan yhteys esittämällä suoria ilmaisuja alkuperäisaineistosta. Uskottavuuden lisäväänä tekijänä on tutkimuksen tekijän riittävän pitkä aika tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkimusprosessi on ollut pitkä, useiden vuosien mittainen. Prosessissa oli ajanjaksoja, jolloin

työtä ei tehty aktiivisesti. Tutkija on perehtynyt aiempaan tutkimustietoon ja aineistoa on haettu prosessin useassa vaiheessa. Aineistonkeruu vaiheessa pidetty päiväkirja lisää uskottavuutta. (Kylmä – Juvakka 2007: 128.)

Vahvistavuutta lisäävänä tekijänä nähdään tulkinnot, jotka saavat tukea aiemmista ilmiöistä tarkastelleista tutkimuksista (Eskola-Suoranta 2001: 212). Tutkimusprosessia on pyritty kuvaamaan tavalla jolla toinen tutkija pystyisi seuraamaan sen kulkua. Sekä kuinka tutkija on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Vahvistettavuus voidaan nähdä myös ongelmallisena, koska toinen tutkija ei välttämättä päätyisi samaan tulkintaan aineistosta. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.)

Reflektiivisyys on tutkijana tietämystä omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. On arvioitava kuinka tutkija itse vaikuttaa tutkimusprosessiinsa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijä on kuvannut osallistujia ja toimintaympäristöä, jotta lukija voisi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä – Juvakka 2007: 129.) Tämän tutkimuksen osallistujat ja ympäristö kuvailtu niin tarkkaan kuin mahdollista, huomioiden ettei henkilöllisyyksiä tai muita tunnistettavuuksia tulisi esille.

Laadullisessa tutkimuksessa voi olla vaikeaa laskea ennalta riittävää aineiston kokoa. Yhtenä tapana on arvioida saturaation saavuttamista (Eskola – Suoranta 2008: 215). Tässä tutkimuksessa voidaan sanoa saavutetun aineiston olevan riittävän kokoinen.

6.2 Eettisyys

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Yhteisesti sovitujen pelisääntöjen noudattamista, jotka kulkevat mukana koko tutkimusprosessin ajan. (Vilkka 2015: 41.) Tutkimusetiikassa on kysymys lukuisten valinta- ja päätöksenteokotilanteista, joita tutkijan on tehtävä tutkimusprosessin aikana. Laadittujen eettisten ohjeiden lisäksi on huomioitava lainsäädäntö muun muassa suostumuksen osallistuvilta ja aineiston hävittäminen käyttötarkoituksen saavutettua. Tutkimuksen eettiset ratkaisut lähtevät tutkimusaiheen ja tutkimustehtävien muodostamisesta. (Kylmä – Juvakka 2007: 139 – 141, 144.)

Tutkimuslupa haettiin hyväksytyn tutkimussuunnitelman jälkeen. Suunnitelman tuli olla huolellisesti ja tarkasti laadittu (Tuomi – Sarajärvi 2009: 127). Tutkimuslupa haettiin Espoon kaupungilta tutkimuksen toteuttamista varten, joka kirjattiin vastaanotetuksi 7.12.2015 ja lupa myönnettiin 15.12.2015. Tutkimuslupaa hakiessa mainittiin osallistumisen olevan vapaaehtoista eivätkä haastateltavat ole tunnistettavissa tutkimusraportissa. Osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista eikä ketään pakotettu osallistumaan. Osallistumisen olisi ollut mahdollista perua missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen haastateltavan suostuminen pyydettiin kirjallisesti jokaisen haastattelun yhteydessä, jonka hoitajat allekirjoituksellaan hyväksyivät. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 217–223.)

Haastateltaville selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, käytettävä menetelmä ymmärrettävästi ennen haastattelun toteuttamista. Kenenkään osallistuvan henkilöllisyys ei tule esille. Saadut tutkimustiedot pidettiin luottamuksellisina, niitä ei luovutettu ulkopuolisille eikä myöskään käytetty muuhun tarkoitukseen. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 131). Tutkija vastaa tutkimusaineiston hävittämisestä opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimuksessa uskottavuus perustuu tutkijan noudattamaa hyvää tieteellistä käytäntöä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 132). Luottamuksellisuutta lisättiin kertomalla haastateltaville haastattelun tarkoituksesta, saadun tiedon luottamuksellisuudesta ja korostamalla heidän anonymiteettia. Anonymiteetin suojaamiseksi mahdollisesti tunnistettavissa olevat henkilötiedot muutetaan. Raportissa haastateltavat tarvittaessa merkitään esimerkiksi kirjaimella V ja haastattelija H:lla. (Ruusuvuori 2009: 17–18.)

Tässä opinnäytetyössä on ollut pyrkimyksenä koko tutkimusprosessin ajan noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä ilmenee toisten tutkijoiden töiden kunnioittamista käyttämällä asianmukaisia lähdeviittauksia. Tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.)

6.3 Tulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidosta, kivunhoidosta ja suositusten käytöstä kotisairaалassa. Tavoitteena oli tuoda esille suositusten käyttöä ja työnantajalta saatua tukea näyttöön perustuvan tiedon käyttämiseen.

6.3.1 Kokemukset saattohoidosta ja kivunhoidosta

Haastatteluissa nousi vahvasti esille haastateltavien halu työskennellä palliatiivisten potilaiden parissa ja pohtia eettisiä asioita yksin sekä työyhteisössä. Työntekijät olivat tietoisia kuoleman läsnäolosta kotisairaalaan töihin tullessaan. Kotisairaalaan hakeutuvatkin ja sinne töihin jäävät tietynlaisen luonteenpiirteen omaavat henkilöt. Tutkija on työskennellyt kuolevien potilaiden parissa ja omaisia huomioineena, tunnistaa hyvän työyhteisön vahvuuden työssäjaksamiseen. Hyvä yhteishenki auttaa ja rohkaisee työntekijää purkamaan ajatuksiaan työkaverille. Haastatteluissa ilmeni monen kokevan työyhteisönsä ilmapiirin avoimeksi.

Yksin työskennellessä kaipaa kollegan mielipidettä asioista ja vahvistusta omalle toiminnalleen. Poikkeuksetta kaikki toivat esiin mahdollisuuden käyttää työnantajan tarjoamaa työnohjausta, joka koettiin hyväksi tavaksi purkaa asioita. Myös Anttolan (2016) tutkimuksessa esiin tuli työnohjauksen tärkeys jaksamisen näkökulmasta. Osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja työnantajalla on pyrkimyksenä mahdollistaa osallistuminen muun muassa työajan sovittelulla. Myös laadituissa suosituksissa on korostettu mahdollisuutta työnohjaukseen.

Kuolevaa potilasta hoidettiin tulosten mukaan kokonaisvaltaisesti, huomioiden fyysinen, psyykkinen ja henkinen puoli. Myös hengellinen sekä sosiaalinen näkökulma tuli esille. Kokonaisuuteen liittyy olennaisesti omaisten tukeminen ja käytännön asioiden ohjaaminen. (STM 2010: 17.) Potilaiden kipua hoidettiin lääkärin määräysten mukaisesti, jotka perustuivat laadittuihin ohjeistuksiin (Kuolevan potilaan oireiden hoitosuositus 2012: 17).

Haastatteluissa ilmeni, että turhista hoidoista luovutaan enimmäkseen saattohoidon aikana. Nestehoitoa tai ravitsemushoitoa parenteraalisesti eli suonensisäisesti ei juurikaan toteutettu. Suun kuivuutta ja janon tunnetta hoidettiin suuta kostuttamalla. Kuolevan potilaan suosituksessakin korostui tarpeettomista hoidoista pidättäytyminen, jos niiden katsotaan pitkittävän potilaan kärsimystä ja ollen esteenä potilaan rauhalliseen kuolemaan. Hoidosta pidättäytyminen on arviointia hoidolla saavutetun hyödyn saamisesta. (Hänninen 2013: 372-373.)

Potilaan siirtyessä hoitoon kotisairaalaan, korostuu pyrkimys huomioida potilaan oma toive. Potilaan on mahdollista halutessaan kuolla kotona. Sairaalan rutiinien poissaolo ja

kiireetön ilmapiiri antavat edellytyksiä käydä omaa elämänloppuvaihettaan lävitse itseksseen, omaisen tai hoitohenkilökunnan kanssa. Kotona olo antaa mahdollisuuden kuolemaan valmistautumiseen ja jäähyväisten jättöön eri tavalla kuin sairaalassa. Potilaan omien toiveiden huomioiminen nousee vahvasti esille, joka on oleellinen asia suositustenkin valossa. (STM 2010:17.)

Haastatteluissa ilmeni hoitajien keskustelevan tulevista tapahtumista muun muassa kuoleman merkeistä. Kuolevaa potilasta valmistellaan keskustelun avulla henkisesti kohtaamaan kuolemansa sekä tuetaan omaisia surun ja luopumisen läpikäymiseksi.(STM 2010:17.) Keskustelu oli rehellistä, kuten (Hävölän 2015) tutkimuksessakin ilmeni. Hoitajan oli pystyttävä ryhtymään syvällisiin keskusteluihin potilaan kanssa.

Kiireinen arki tuo haasteita uuden tiedon hakemiselle ja siihen perehtymiselle. Oman aktiivisuuden nähtiin vaikuttavan tiedon äärelle menemiseen. Haastatteluissa ilmeni uuden tiedon etsimisen olevan mahdollista vapaa-ajalla kiinnostuksen mukaan. Työaikaa ei varsinaisesti ollut varattu tiedon hakemiseen. Mutta uusia hoitajia tuetaan töihin tullessa perehtymään alan kirjallisuuteen ja työyksikössä saatavilla olevaan materiaaliin. Perehdytykseen oli haastattelujen perusteella riittävästi aikaa.

Yhtäläisyyksiä aiemmin tutkittuun (Lahtonen 2010) tietoon olivat tiedon hakutaidot. Alemman koulutusasteen suorittaneet eivät tunteneet samalla tavoin tietokantoja, joista hakuja voi suorittaa. Kuitenkin jokaisella työntekijällä työssään oli käytössä tietokone, josta oli mahdollisuus päästä tekemään tiedonhakua muun muassa terveystietoon. Tiedonhaku riippui usein hoitajan omasta tiedon tarpeesta ja käytettävissä olevasta ajasta työpäivän aikana. Monet kokivat paineen tunnetta tiedon esiin hakemisen työajalla. Hoitajien suhtautuminen tutkimukselliseen tietoon oli myönteinen.

6.3.2 Kokemukset suositusten käytöstä

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat kokivat tuntevansa laaditut hoitosuositukset hyvin. Suositusten tunnettavuutta tukevat aiemmat tutkimukset (Lehtomäki 2009), joiden mukaan suositukset tunnetaan. Suositukset tiedettiin usein yleisellä tasolla. Haastatteluissa ilmenneet asiat ovat olleet tarkastelun kohteina muissa tutkimuksissa. Laadittuihin suosituksiin perehtyessä löytää yhtäläisyyden omien tulosten kanssa. Eri suosituksiin

liittyvät elementit nousivat esille. Tiedonhakuun liittyvät kokemukset olivat samansuuntaisia kuin aiempi (Lahtonen 2010) tutkimustulos. Kuolevan potilaan keskeiset suositukset tunnettiin.

Erilaisia käypähoitosuosituksia tiedettiin olevan olemassakin useistakin sairauksista. Niiden käytöstä kerrottiin ja niiden sanottiin vaikuttavan potilaiden hoitoon. Hyvänä esimerkkinä potilaiden muiden perussairauksien lääkityksen vaikutukset saattohoitovaiheessa, jolloin pohdintaa oli lääkityksien tarpeellisuudesta ja yhteisvaikutuksista.

Näyttöön perustuvat kysymykset koettiin pääosin haastavina vastata ja usein tarvittiin tarkentavia kysymyksiä. Tieteelliseen tiedon käyttöön tutkija havainnoi epäilevää asennetta. asiaa ei ehkä tunnettu tai sitä kohtaan ei ollut kosketuspintaa. Sairaanhoidajaopin-tojen suorittamisen ajankohdalla saattaa olla merkitystä asiassa. Aiemmin hoitotieteen osaopintoja on ollut vähäisempi määrä kuin nykyään on, joka varmasti näkyy asenteissa ja kokemuksessa hoitotiedettä koskien. Kaikki toivat esille tuntevansa käypähoitosuosituksia, mutta harva toi esiin tuntevansa vastaavia hoitotyön puolelta.

Saattohoidon ja kivunhoidon osalta ei välttämättä koettu suoraan olevan hoitotyönsuositusta laadittuna. Suositusten sisältö tunnettiin ja monien työssä käytettävien ohjeiden koettiin noudattavan laadittuja ohjeita. Työssä huomioitiin erilaisia toimintatapoja, jotka kokemuksen mukaan ovat olleet toimivia. Suositukset ovat perustana päätöksenteolle, jota ohjaa potilaan toive ja näkemys sekä kokemus asiasta. Esiintyneet asiat ovat nähtävissä myös aikaisimmissa tutkimuksissa.

Monet toivat esille lääkäreiltä saadun tiedon olevan tärkeää ja usein perehtyvän nimenomaan lääkärikunnalle tarkoitettuihin julkaisuihin, muun muassa Duodecim lehteen. Hoitajat eivät niinkään tuoneet esille hoitotieteellisten oman alan julkaisujen käyttöä. Samankaltaisuutta ilmeni Lehtomäen (2009: 205) tutkimuksessa ilmeni. Monet kuvasivat suositusten olevan kohde, josta voi asioita tarkastaa. Esille tuli niukasti tietoa siitä käytetäänkö potilaille tarkoitettuja materiaaleja muun muassa jakamalla niitä potilaille.

Potilaan siirtyessä hoitoon kotisairaalaan, korostuu pyrkimys huomioida potilaan oma toive. Kotona kuoleminen on mahdollista läheisten läsnä ollessa. Herkkyys ja potilaan toiveiden kunnioittaminen korostuu toisen ihmisen kotona, jota en aiemmin niin paljon ajatellutkaan. Sairaalan rutiinien poissaolo ja kiireetön ilmapiiri antavat edellytyksiä käydä omaa elämänloppuvaihettaan lävitse itsekseen, omaisen tai hoitohenkilökunnan

kanssa. Kotona oleminen antaa mahdollisuuden kuolemaan valmistautumiseen ja jäähyväisten jättöön eri tavalla kuin sairaalassa. Kotisairaalassa hoitajan taholta pyrkimys on, kuten (Sand 2003) tutkimuksessaan toi esille, kiireettömyys potilaan kohtaamisessa ja kiireetöntä läsnäoloa potilaskäynnin ajan.

Hoitajien työssä korostui ennakkointi ja ohjaamisen taito. Ohjaaminen tapahtui niin työpaikalla, potilaan kotona kuin puhelimitsekin. Potilaiden omaisille annettiin paljon tukea ja ohjausta muun muassa kivunhoidossa. Heillä oli usein valmiit lääkeannokset ja ohjeet lääkkeen antoa varten. Näin toimitaan mahdollisesti pitkän etäisyyden vuoksi. Espoo on kaupunkina laaja ja kotisairaalan toiminta ulottuu koko alueelle. Ohjausta ja lääkkeenantoa tehdään myös kaupungin alueella oleviin hoitokoteihin. Osana työtä oli konsultaatioiden antaminen ja kotisairaalassa oli palliatiivisen erikoispätevyyden omaava lääkäri. Hoitajien oli pystyttävä luottamaan omaan osaamiseen ja herkkyyteen tunnistaa erilaisia potilaalla olevia oireita.

Hoitajien oli kyettävä itsenäiseen päätöksentekoon potilaan hoidossa. Annetut ohjeet ovat tukemassa päätöstä. Tarpeen mukaan epäselvissä tilanteissa oli mahdollisuus lääkärin yhteydenottoon. Kotisairaalan lääkäri oli tavoitettavissa virka-aikana. Jorvin sairaalassa terveyskeskuspäivystäjä ja ottaa tarvittaessa kantaa ja ohjeistaa kotisairaalan henkilökuntaa virka-ajan ulkopuolella. Haastatteluissa ilmeni hoitajien pyrkimys saada riittävät ohjeistukset ja määräykset ennalta omalta lääkäriltä. Terveyskeskuspäivystäjät eivät välttämättä ole niin tietoisia saattohoidossa olevista lääkityksistä ja niiden määristä. Potilaan kannalta oli selkeää olla ennalta laaditut määräykset jo määräykset tehtyinä. näin välttämättä odottelua esimerkiksi kipulääkitykseen liittyvissä asioissa. Hoitajat eivät tuoneet esille kivun hoidon olevan riittämätöntä kuten jossakin julkaisuissa on esiintynyt.

Laadittujen toimintaohjeistusten mukaisesti Espoossa annetaan konsultaatiotukea muihin yksiköihin. Käytettävissä on kotisairaalassa palliatiivisen erikoiskoulutuksen omaava lääkäri. Nämä seikat viittaavat laadittuihin ohjeistuksiin palliatiivisen hoidon järjestämisestä. (Saattohoito HYKS-sairaanhoitoalueella. 2011: 13.)

Kipua arvioitaessa käytössä oli muutamia mittareita. Kaikki hoitajat käyttivät samaa mittaria, laaditun ohjeen mukaisesti. Potilaan kivun arviointia toteutettiin useasti myös havainnoimalla, erityisesti kommunikaation mahdollisuuden vähentyessä. Kipua arvioitiin ja toteutettiin yhteisesti sovittujen ohjeiden mukaisesti. Hoitajan päätöstä lääkkehoidon toteuttamisesta ohjasi oma kokemus ja laaditut ohjeistukset. Lääkityksen ja muun hoidon

vaikuttavuutta arvioitiin ja seurattiin. Hoidon toteutus ja havainnot kirjattiin Effica-ohjelmaan, kuten suosituksessakin ilmenee. (Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestaisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus 2013: 12–14.) Lääkehoidon toteutus tapahtui lääkärin ohjeiden mukaisesti, mikä noudatti laadittuja suosituksia.

6.3.3 Kokemukset työnantajalta saamasta tuesta

Koulutusta oli tarjolla paljon halukkuuden mukaan. Koulutuksiin osallistumiseen kannustettiin työnantajan taholta. Esimies toi koulutusmahdollisuuksia esille. Pyrittiin mahdollistamaan pääsy koulutuksiin, tukien näin hoitajien kehittymistä ja ajan tasalla pysymistä. Koulutukset liittyivät usein palliatiiviseen hoitoon ja kivunhoitoon. Kotisairaалassa hoidetaan myös muita sairauksia muun muassa infektiopotilaita, joka on suuri potilasryhmä. Kotisairaala on vahvasti profiloitunut palliatiiviseen- ja saattohoitoon, mikä oli nähtävissä lisäkoulutuksena ja eri hankkeiden sekä lopputöiden tulosten antina. Koulutukset olivat usein palliatiiviseen hoitoon, saattohoitoon, syöpäpotilaan hoitoon tai kivunhoitoon suuntaavia. Ammattitaidon ylläpitäminen kouluttautumalla nähdään yhdeksi hyvän saattohoidon toteuttamisen edellytykseksi. (Olsen 2015: 23–25; STM 2010: 20; Anttonen 2016: 32.)

Tiedon jakamiseksi ei tuntunut olevan systemaattista tapaa toimia. Jokainen koulutuksessa käynyt toi aineiston, saadun materiaalin, muiden nähtäväksi ja kertoikin niistä muille. Koulutuksessa esiin tulleita asioita käsiteltiin osastotunneilla. Suosituksia tunnetaan laajalti.

Työyksikössä yhtenä tiedonjakajana koettiin olevan apulaisosastonhoitaja, joka on myös kliininen asiantuntija. Tämä vahvistaa omaa näkemystä ammattiryhmän tarpeellisuudesta uuden tiedon jakajana työpaikoilla. Miehityksestä ulkopuolella olo, ajoittainkin, antoi mahdollisuuden tiedon hankintaan sekä erilaisten ohjeiden laadintaa potilaan hyvän ja tasalaatuista hoitoa varten. Kiireisen arjen keskellä ei löytynyt paljoakaan aikaa tiedon hakuun ja yhdelle sen mahdollistaminen on muidenkin etuna.

Kotisairaалassa muutamia vuosia sitten tehty syöpäpotilaan haastattelu ja ohjaus- toimintaohje nousi kaikissa vastauksissa esille. Ohjeen todettiin olevan käyttökelpoinen ja hyvä. Työyksikön tarpeista lähtenyt ohjeistus on käytössä päivittäisessä työssä. Tarkastellessa ohjetta huomaa selkeät suuntaviivat ja kaikkien noudattaessa ohjetta ohjaus on

samanlaista hoitajasta riippumatta. Voidaan sanoa yhtenäisesti luodun toimintatavan edistävän potilaan hoitoa. (Holopainen ym. 2010: 33).

Tämän tutkimuksen ei ole tarkoitus laaditun ohjeen arviointi, mutta siihen perehtymällä huomaa selvät piirteet jotka nousevat laadituista kivunhoidon suosituksista. Hoitotyön suositusten esilletuonti oli vähäistä haastatteluissa. Kivunhoidon osalta sen hyödyntäminen olisi ollut mahdollista. Sitä ei ehkä tunnettu tai mielletty liittyvän suosituksiin.

Yhtäläisyyksiä aiemmin tutkittuun tietoon (Holopainen 2010) oli tiedon hakutaidot. Alemman koulutusasteen suorittaneet eivät tunteneet samalla tavoin tietokantoja tiedonhaku-
jen suorittamista varten. Jokaisella työntekijällä oli käytössä tietokone, josta oli pääsy tiedonhakuun muun muassa terveystietoihin. Tiedonhaku usein riippui hoitajan omasta tiedon tarpeesta ja käytettävissä olevasta ajasta työpäivän aikana. Hoitotieteellisiä kansainvälisiä tietokantoja kuten Cochrane tai Medline ei juurikaan tunnettu.

Hoitotyötä toteutettiin yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaan toiveiden huomiointi ja yksilöllisyys nousi vahvasti esille. Potilas pääsi osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, jonka kuolevan potilaan oireiden suositukset nostavat useasti esille.

6.4 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että kotisairaalaissa tunnetaan laaditut käypähoitosuositukset kuolevan potilaan oireiden hoidosta, saattohoidosta ja kivunhoidosta. Suosituksia luettiin ja päivitettyihin versioihin tutustuttiin. Niiden käyttäminen haastattelussa tuli ilmi, erityisesti laadittujen toimintaohjeiden käytön muodossa. Nykyistä toimintaa on hiottu ja suunniteltu vuosia, uuden haasteen kuitenkin tuo tulevat muutokset. Voidaan sanoa toiminnan perustuvan tutkimukselliseen tietoon ja laadittuihin suosituksiin.

Hoitotyön tutkimussäätiön laatimat hoitotyön suositukset eivät suoraan kohdistu saattohoitoon. Kivunhoidon osalta suosituksia voisi hyödyntää. Haastattelujen perusteella voidaan sanoa hoitajien kuvanneen tarkoin suosituksen sisällöllisiä asioita, vaikkei sitä nimennytäkään. Haastattelutilanteessa tutkijana olisi voinut tarkemmin tuoda esille tarkoitettavan myös hoitotyön hoitosuosituksia, jolloin haastateltavat olisivat voineet tuoda

suosituksen tuntemisen esille. Merkittävää oli havaita tuloksissa sisällöllisesti suosituksen keskeiset asiat tulleen esille muun muassa kivun tunnistamiseen ja vaikutuksen seurantaan liittyvät kokemukset.

Hoitajat kokivat tiedon hakemisen olevan vaikeaa oman työn ohella. Yhteisten osastotuntien kaltaisten tuokioiden voisi nähdä olevan edesauttavana tekijänä tiedon jakamiseen työyhteisössä. On haasteellista saada tietoa jaetuksi kaikille varsinkin, kun kyseessä on osin asenteisiinkin liittyviä tekijöitä. Saatetaan ajatella työajan olevan ainut aika työhön liittyvän aineiston hakemiseen ja lukemiseen. Kuitenkin näkisin tärkeänä oman ammattitaidon ylläpitämiseksi myös vapaa-ajan käyttämistä jossakin määrin.

Täydennyskoulutuksiin osallistuminen on tärkeää. Työyhteisössä osallistuttiin erikoistumisopintoihin ja lyhempiin päivän mittaisiin koulutuksiin. Haasteena näkisin uuden tiedon esille tuonnin, kuinka kaikki saavat saman sisältöisen tiedon. Toisilla työntekijöillä oli paljon tietoa annettavana, jo kokemuksenkin kautta, mutta miten saada tieto siirrettyä eteenpäin hyvien toimintatapojen ylläpitämiseksi. Hyvät toimintatavat antavat potilaille hyvän ja tasalaatuisen hoidon. Uusien työntekijöiden kohdalla erityisesti tulee miettiä kuinka tiedon ja kokemuksen tuo esille luoden hyvän hoidon jatkuvuudenpotilaille. Tutoroinnin kehittäminen ja ylläpitäminen yksi keino tiedon levittämiseen.

Raskasta työtä tehdessä on hyvä saada säännöllisesti työnohjausta. Varmasti tulee tilanteita, jotka koskettavat eikä ole tarpeen viedä vapaa-ajalle esiin tulleita ajatuksia. Ryhmässä tilanteiden läpikäyminen antaa mahdollisuuden myös itsensä kehittämiseen. Työnantajakin näkee työnohjauksen olevan työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin kannalta merkittävä tekijä.

Suositukset on laadittu siten, että olisi mahdollista saada siitä potilaillekin annettava versio. Tämän kaltaisen toiminnan näkyminen oli vähäistä haastatteluissa. Tieto voisi olla potilaita tai omaisia helpottavaa. Toisaalta taas nyky-yhteiskunnassa on tietoa paljon saatavilla ja potilaat sekä omaiset ovat saattaneetkin jo sitä etsiä. Siinä tilanteessa hoitajina ollaan tietynlaisen arvioinnin kohteena, että tullaanko mahdollisesti heidän hoidossaan huomioivan asiat. Ja tällä tavoin ehkä kritisoidakin saamaansa hoitoa. Saattohoito saattaa olla aihealueena sellainen, joka ei välttämättä niin paljon herätä keskustelua hoitovaihtoehtoista kun jokin muu. Hoito on pitkälle potilaan toiveista lähtevää ja huomioi hyvin läsnä olevat omaiset.

Nykyisin kotisairaala toiminta Espoossa on yhden tiimin hoidettavana. Heillä on saattohoidon lisäksi muitakin potilasryhmiä muun muassa erilaiset infektiopotilaat. Toimintaa oli muutamia vuosia sitten laajennettu, mutta haasteena on varmasti kotisaattohoidon lisääntymisen johdosta tuleva käyntien määrän lisääntyminen. Yhden tiimin laaja toiminta-alue varmasti tuo omat haasteensa jo välimatkojenkin puolesta. Voisiko olla järkevää muodostaa useampi tiimi Espoon alueelle? Sellaista työnjakoa saatettiin jo tehdäkin, mutta se ei ilmentynyt haastatteluissa. Useamman tiimin ollessa voisi kehittää toimintaa, siten, että tiimeissä potilasryhmien jakoa jossakin määrin mietittäisiin. Tänä päivänä ajatellaan, että toiminnan tulisi olla vielä tehokastakin ajankäytön kannalta.

Kotisaattohoidon onnistuminen edellyttää potilaan halua ja toivetta kuolla kotona. Potilaan omaisilta vaaditaan halua osallistua hoitoon. Hoitamiseen tarvitaan riittävästi resursseja, moniammatillista yhteistyötä ja ammattitoista henkilökuntaa. Hoitajan vuorovaikutustaidot ovat merkittävässä roolissa. Saattohoidossa hoitajan tulee tunnistaa ja arvioida hoidon tarpeita sekä taitoa hoitaa potilasta.

Lääkärin ja hoitajan tiivis yhteistyö edistää potilaan hyvää hoitoa ja koettiin tärkeäksi. Muunlaisesta moniammatillista yhteistyöstä ei paljoakaan tullut viitteitä haastatteluissa. Voisi ajatella muun muassa fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa tai asentohoidossa fysioterapialla olla hyviä näkemyksiä asioihin.

Yllättävää ehkä oli se, että haastatteluissa hengellisyydestä keskustelua oli vähänlaisesti. Hengellisyyden huomiointi potilaan kohtaamisessa on tärkeää ja usein kuoleman lähestyessä potilaiden kohdalla esiin tuleva asia. Hoitajien kokemukset kyllä tukivat hengellisyyden merkityksellisyyttä kokonaistilanteen arvioinnin kohdalla. Itsekin hoitotyötä kuolevien potilaiden kanssa tehneenä, hengellisyyden puheeksi ottaminen saattaa olla vaikeaa ja käytettävissä kotisairaalassakin on tätä varten pastori.

Hoitolinjaukset olivat tulosten perusteella vaihtelevasti tehtyjä erityisesti tulovaiheessa. Kotisairaalan lääkäriltä vaaditaan kokemusta ja ammattitaitoa linjauksen tekemiseen. Hoitajan rooli on merkittävä tiedon esiintuojana, kun potilaan vointi muuttuu. Haastatteluissakin esiin tullut asia, että oikea-aikaisella hoitolinjauksella pystytään tarjoamaan oikea-aikaista hoitoa ja tukea potilaalle. Hoitolinjasta tehdessä potilaan mukaanotto on tärkeää, jota vaihdellen toteutettiin.

6.5 Kehittämisehdotukset

Uuden tutkimuksen kohteena voisi olla omaisten ja potilaan näkemys saattohoidon toteutumisesta ja kivunhoidosta kotona. Tulosten perusteella uuden palliatiivisen osaston toimintaa voisi kehittää tai koulutusta järjestää. Nyt olemassa olevat ohjeistukset ja toimintaohjeet ovat hyväksi havaittuja ja niitä siirtämällä vastaamaan uusia tarpeita voisi olla hyödyllistä.

Saattohoitoketjussa tiedot ja taidot vastata nykyisin b- tasoa (STM 2010:), tulevaisuudessa kotisairaalan pyrkimys on päästä c- tasolle. (Mäntyniemi 2015). Kouluttautuminen ja ammattitaidon ylläpitäminen ovat merkittäviä tekijöitä tason saavuttamisessa, huomioitava myös henkilöstön työssä jaksaminen sekä organisaatiolta saama myönteinen tuki tutkimuksellisen tiedon käyttöön.

Haastattelujen perusteella voidaan sanoa yhdeksi kehittämisen kohteeksi uuden tiedon levittämisen. Tietoa on paljon saatavilla, mutta kuinka hyvin sitä käydään läpi ja kuinka saada kaikille samanlainen tieto sekä osaaminen. Vastuualueiden ajoittainen vaihtaminen voisi tuoda uutta työntekijälle lisäten motivaatiota ja mahdollistaen toisenlaisen näkökulmankin esille tuontia.

Tiedonhaku taidot on merkittävässä roolissa hoitotyössä nyt ja tulevaisuudessa. Selkeiden tiedonhakukanavien tunteminen ja mahdollisuus niiden käyttämiseen on tärkeää. Voisiko olla tarpeen tiedonhakutaitojen opettelu tai taitojen vahvistaminen. Selkeää tarvetta koettiin olevan hoitotieteellisen julkaisujen vahvistamisesta. Julkaisujen tilaaminen ehkä yksikköön ja osallistuminen erilaisiin hoitotyön meetingeihin vahvistaisivat hoitotieteellistä näkemystä. Uuden sairaalan myötä tarve uuden oppimiseen jatkuu ja mietintään uusien työntekijöiden perehdytys ja nykyisen tiedon sekä ohjeistusten eteenpäin vieminen. Esiin nousi tutorointi, joka on hyvänä tapana uudelle työntekijälle varmistaakseen työntekijän pysymisen työyhteisössä.

Mitä kaikkea tarvitaankaan toiminnan laajentuessa Espoossa, jossa mukaan yhdistyy päiväsaairaala toiminta sekä osastohoito kotisaattohoidon lisäksi. Millaisia verkostoja tiedon jakamiseksi tulevaisuudessa olisikaan tärkeää luoda ja ylläpitää. Arvokas ja kustannustehokaskin kotisaattohoito varmasti jatkuu ja kehittyy ajan saatossa. Uuteen toimintaan sopivien toimintamallien ja käytänteiden mukaanotto motivoisi lisää henkilökuntaa. Halu kehittämiseen lähtee organisaatiotasolta ja mukaan tarvitaan monia ammattiryhmiä

asiantuntijoihin. Myös erilaisten ohjeiden ja hoitoprosessien auditointi voisi tuoda merkityksellistä tietoa nykytilasta antaen mahdollisuuden kehittämiseen. Muun muassa HUS:ssa toteutetun auditoinnin mukaan käytössä oli paljon eritasoisia hoito-ohjeistuksia, joiden ajantasaisuudessa oli eroja. Auditoinnin perusteella todettiin ohjeista puolien noudattavan käypähoito suosituksia. (Auditointiraportti 2013.)

Jää tunne, että jos eteeni tulee tilanne, jossa mielipidettäni kysytään mahdollisuudesta kuolla kotona, voin varsin luottavaisin mielin sanoa kotisairaalan yhdessä muiden tahojen turvin sen onnistuvan inhimillisesti kärsimyksiä lieventäen. Ammattitaitoinen ja motivoitunut henkilökunta luo turvallisuuden tunteen antaen mahdollisuuden kuolla kotona läheisten läsnä ollessa niin halutessaan. Herkkyys ja potilaan toiveiden kunnioittaminen korostuu toisen ihmisen kotona, jota en aiemmin niin paljon ajatellutkaan.

Lähteet

Auditointiraportti 2013. Näyttöön perustuvien suositusten toteutuminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Helsinki.

Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2013. Verkkodokumentti www.hotus.fi. Luettu 2.5.2016.

Alanen, Seija - Välimäki, Maritta - Kaila, Minna 2009. Nurses experiences of guideline implementation: a focus group study. *Journal Clinical Nursing* 18 (18). 2613-2621.

Anttonen, Mirja Sisko 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidon potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Anttonen, Mirja Sisko – Kiuru, Susanna 2015. Palliatiivinen hoito. Teoksessa Erjanti, Helena – Anttonen, Sisko Mirja – Grönlund, Arja – Kiuru, Susanna (toim.): Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy. 13 – 19.

Anttonen, Mirja Sisko – Kiuru, Susanna 2015. Saattohoito. Teoksessa Erjanti, Helena – Anttonen, Sisko Mirja – Grönlund, Arja – Kiuru, Susanna (toim.): Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy. 21 - 35.

Burns, Nancy – Grove, Susan 2005. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization*. Amsterdam: Elsevier Saunders.

Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2001. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus.

Espoon sairaala. Kotisairaala esite. Espoo.

Grönlund, Elina – Huhtinen, Aili 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita.

Heiskanen, Tarja – Hamunen, Katri – Hirvonen, Outi 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Duodecim* 129 (4). 385 – 392.

Hilden, Hanna-Mari 2006. Hoitotahto. Teoksessa Hänninen, Juha (toim.) *Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä*. Keuruu: Otava. 29 - 37.

Hinkka, Heikki 2001. *Decision Making End-of-life Care; influence of physician's training, experience and personal characteristics*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme Helena 2008: *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus: Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä.

Holopainen, Arja – Junttila, Kristiina – Jylhä, Virpi – Korhonen, Anne – Seppänen, Salla 2013. *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Porvoo: Fioca Oy.

Holopainen, Arja – Korhonen, Anne – Jylhä, Virpi 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? Tutkiva hoitotyö 10 (1). 40 – 43.

Holopainen, Arja – Korhonen, Teija – Miettinen, Merja – Pelkonen, Marjaana – Perälä, Marja-Leena 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Premissi 5 (1). 38 – 45.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2013. Käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Verkkodokumentti <<http://www.hotus.fi/hotus-fi/suosittelun-laadinta>>. Luettu 1.4.2014

Hoitosuositustyöryhmän käsikirja 2012. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Julkaisu 18.12.2012. <<http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/12762/hoitosuositustyoryhmien-kasikirja.pdf/5430a573-c50c-473c-9133-87c266680325>>. Luettu 10.2.2014

Hoitotyön tutkimussäätiö 2011. Säätiön tarkoitus ja perustehtävä. Verkkodokumentti <<http://hotus.fi/hotus-fi/saation-tarkoitus-ja-perustehtava>>. Luettu 1.4.2014

Houser, Janet – Oman, Kathleen 2011. Evidence- based practice. An Implementation Guide for Healthcare Organizations. USA: Jones & Bartlett Learning.

Häggman-Laitila, Arja 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen – systemoitu katsaus toimintamalleihin. Tutkiva hoitotyö 7 (3) 20 – 27.

Hänninen, Juha 2015. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Helsinki: Terhosäätiö.

Hänninen, Juha – Hamunen, Katri – Laakkonen, Marja-Liisa – Laukkala, Tanja – Lehto, Juho – Matila, Ari – Rahko, Eeva – Saarto, Tiina. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypähoito-suosituksen päivitystiivistelmä. Duodecim 2013 129 (4). 372 – 373.

Hänninen, Juha – Anttonen, Marja Sisko 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Elina, Grönlund – Anttonen, Mirja Sisko – Lehtomäki, Susanna – Agge Eva (toim.): Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoidajaliitto. Helsinki. 23 – 35.

Hänninen, Juha 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Keuruu: Otava. 9 - 29.

Hänninen, Juha 2003. Saattohoito. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Hänninen, Päivi 2008. Kuolevan hoito kotona. Teoksessa Elina, Grönlund – Anttonen, Mirja Sisko – Lehtomäki, Susanna – Agge Eva (toim.): Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoidajaliitto. Helsinki. 135 – 145.

Hävölä, Johanna – Kylmä, Jari – Rantanen, Anja 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiede 27 (2). 132 – 147.

Kalso, Eija 2014. Ajaako kova kipu eutanasiatoiveeseen? Teoksessa Pöyhiä, Reino – Tasmuth, Tiina – Reinikainen, Pekka (toim.): Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksistä, kuolemasta ja eutanasiasta. Duodecim. 140 – 145.

Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio Anneli (toim.) 2009. Kipu. Duodecim. Otava: Keuruu.

Kananen, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu – sarja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Knuutinen, Eeva 2008. Suomalainen kotisaattohoito – hoitotyön näkökulma. Pro gradu tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Koskelo, Kristiina 2015. Lääkkeetön kivunhoito. Huoneentaulu saattohoito-osastolle. Opinnäytetyö. Diakonia- ammattikorkeakoulu.

Kotisairaalan toiminnallinen suunnitelma 2013. Espoon kotisairaala. Espoo.

Korhonen, Anne – Jylhä, Virpi – Holopainen, Arja 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? Tutkiva hoitotyö 10 (1). 40 – 43.

Kuolevan potilaan oireiden hoito.2012. Käypähoitosuositus päivitetty 28.11.2012. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063>>. Luettu 10.2.2014

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1). 3 – 12.

Lahtonen, Pirjo – Johanson, Kirsi – Hupli, Maija 2010. Sairaanhoidaja tutkimustiedon käyttäjänä. Hoitotiede 22 (2). 108 – 117.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Lehtomäki, Leila 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Terveystieteenlaitos.

Lewis, Kellie 2013. How nurses can help ease patient transitions to end of life care. Nursing older people. 2013. 25(8). 22 – 26.

Melander, Hanna-Leena - Häggman-Laitila, Arja 2010. Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen hoitotyössä: katsaus koulutusinterventioiden vaikuttavuuteen. Hoitotiede 22 (1). 36 - 54.

Mäntyniemi, Susanna 2015. Osastonhoitaja. Espoo. Suullinen tiedonanto 22.11.2015

Ollila, Seija 2015. Näkemyksiä hyvästä saattohoidosta Pohjanmaan alueella. Näkökulmana ”ihmisen ääni”. Vaasan Yliopiston julkaisu. Vaasa: Vaasan Yliopisto.

Ollila, Marja 2014. Missä haluaisin kuolla – laitoksessa vai kotona? Teoksessa Pöyhiä, Reino – Tasmuth, Tiina – Reinikainen, Pekka (toim.): Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Duodecim. Porvoo. 65 – 74.

Olsen, Jaana – Vaija-Kääriä, Sanna 2015. Palliatiivinen hoito. Teoksessa Erjanti, Helena – Anttonen, Sisko Mirja – Grönlund, Arja – Kiuru, Susanna (toim.): Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy. 23 – 24.

Perälä, Marja-Leena –Toljamo, Maisa –Vallimies-Patomäki, Marjukka – Pelkonen, Marjaana 2008: Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004–2007) arviointi. Stakesin raportteja 28/2008.
<<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf> >.

Pohjolainen, Timo 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.): Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 237 – 244.

Ruusuvuori, Johanna – Liisa Tiittula (toim.) 2009. Haastattelu – tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus.2 painos. Tampere: Vastapaino.

Saarelma, Kaija 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 121 (1). 203 - 209.

Saattohoito Suomessa 2001, 2009,2011 – suunnitelmat ja toteutus. Etene- julkaisuja 36. Verkkodokumentti. <https://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf>. Luettu 24.3.2014.

Saattohoito HYKS-sairaanhoidoalueella. HYKS-alueen saattohoitotyöryhmän muistio. 2011.Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti.
<http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/paakaupunkiseudun_saattohoitoketju/Documents/HYKS_saattohoitotyoryhman_muistio_110916.pdf>. Luettu 20.11.2015

Sand, Hilkka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta - avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOYpro Oy

STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.Helsinki:Yliopistopaino. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf> Luettu 24.3.2014.

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009- 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18. Helsinki: Yliopistopaino. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf> Luettu 24.3.2014.

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6. Helsinki: Yliopistopaino. <http://www.hyvinvointiklusteri.fi/tiedostot/File/STM_KASTE2008-11.pdf >.Luettu 23.3.2014.

Tasmuth, Tiina – Poukka, Paula – Pöyhiä, Reino. 2012. Milloin saattohoito alkaa? Finnanest 45 (5). 450 – 454.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. 6. painos. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Verkkodokumentti. < http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 21.3.2016

Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä: Gummerus Oy

Ventura, Adriana – Burney, Susan – Brooker, Joanne – Fletcher, Jane – Ricciardelli, Lina 2014. Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. Palliative Medicine 2014. 28 (5) 391 – 402.

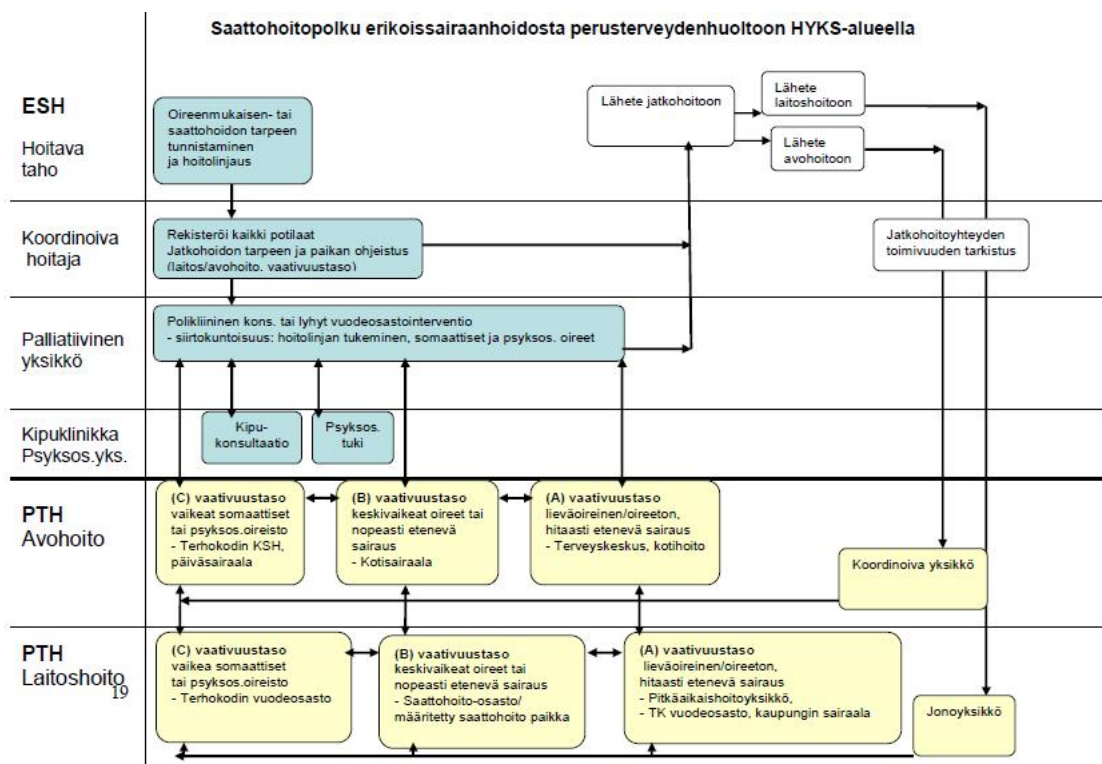
Vilkkä, Hanna 2015. 4. painos. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. PS- kustannus.

Vuorinen, Eero - Järvimäki, Voitto 2012. Terveyskeskus, sairaala vai koti – miten saat-tohoito tulisi Suomessa järjestää? Finnanest 45 (5). 446 – 449.

Vuorela-Lappalainen, Johanna 2015. Apulaisosastonhoitaja. Espoo. Suullinen tiedonanto 17.11.2015.

WHO 2015. WHO Definition of Palliative Care. Verkkodokumentti. < <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>>. Luettu 2.12.2015

Saattohoitopolku



Kipumittarit

Yksiuotteisia kivun voimakkuutta arvioivia mittareita ovat esimerkiksi:

- **VAS** (Visual Analogue Scale, visuaalinen analoginen kipumittari), joka on 100 mm pitkä horisontaalinen jana, jonka toinen pää tarkoittaa kivuttomuutta ja toinen pää sietämätöntä kipua.

kivuton  sietämätön kipu

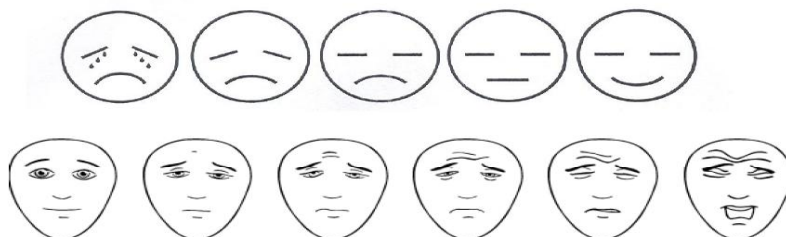
- **NRS** (Numeric Rating Scale, numeerinen kipumittari), joka on 11-portainen asteikko, jossa numero nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 sietämätöntä kipua.

 kivuton sietämätön kipu

- **VDS** (Verbal Descriptor Scale, sanallinen kipumittari)

Ei kipua – lievä kipu – kohtalainen kipu – voimakas kipu – sietämätön kipu

- **FPS** (Faces Pain Scale, kipukasvomittari)



Arvioitaessa kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kipua, kipua osoittavia indikaattoreita ovat:

- **Kasvojen ilmeet**
jännittyneet, surulliset, pelokkaat, otsa rypyssä, irvistys, tiukasti suljetut tai avoimet silmät, silmien räpyttely, yhteen purrut hampaat, otsavako, suu tiukasti kiinni
- **Ääntely**
valitus, voihkiminen, huokailu, huutaminen, huudahtaminen, ärähtäminen, äänekäs hengitys
- **Kehon kieli**
hermostunut, levoton liikehdintä, jäykkyys, jännittyneisyys, kipualueen varjelu, huojuminen (heijautuminen), liikkumisen vähentäminen
- **Persoonallisuuden muutokset**
aggressiivisuus, riidanhaluisuus, vaativuus, sosiaalisten kontaktien välttäminen, häiritseminen, vetäytyminen, loukkaava käytös
- **Muutokset päivittäisissä toiminnoissa**
ruokailusta kieltäytyminen, muutokset ruokahalussa, lisääntynyt levon tarve, lisääntynyt

© Hoitotyön Tutkimussäätiö ja Suositusten kirjoittajat
www.hotus.fi

vaeltelu

- **Muutokset henkisissä toiminnoissa**
sekavuus, ärtyvyys, itkuherkkyys, ahdistuneisuus, tuskaisuus, uupumus

(The American Geriatrics Society (AGS) Panel on Persistent Pain in Older Persons. 2002. Journal of the American Geriatrics Society 50(6), Supplement 205–224) asiantuntijoiden laatima suositus D

Tutkimuslupa



TUTKIMUSLUPA

1 (1)



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta / Kehittämisen tulosalue Ketterä myöntää 8.12.2015 saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.

Hakija / yhteyshenkilö: Heli Karhunen

Tutkimuksen aihe / nimi: Saattohoito näkyväksi - Sairaanhoidajien toiminnan kuvauksia Espoon kotisairaalaista

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja tai suorittajat eivät käytä saamiaan tietoja asiakkaan tai potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

Edellytämme, että tutkija / yhteyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen kehittämissyksikön sähköpostiosoitteeseen **sotet_tutkimusluvut@espoo.fi** lopullisen tutkimusraportin.

Espoossa 15.12.2015

Tuula Heinänen
kehittämisohtaja
Sosiaali- ja terveystoimi
Espoon kaupunki

Tutkimussaaite ja suostumuslomake

Hyvä asiantuntija,

Olen Metropolia Ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa opiskeleva sairaanhoitaja. Teen opinnäytetyötä näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumisesta saattohoidossa ja palliatiivisessa kivunhoidossa. Työn tavoitteena on tuoda esille sairaanhoitajien kokemuksia olemassa olevien hoitosuosittelun käytöstä saattohoitopotilaan hoidossa kotisairaalaissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden kokemuksia saattohoitopotilaan hoidosta ja kivun hoidosta.

Haastatteluaineisto dokumentoidaan nauhoittamalla. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi perua missä vaiheessa tahansa. Haastatteluaineisto käsitellään täysin nimettömästi ja luottamuksellisesti.

Vastaan mielelläni haastattelua tai tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Heli Karhunen

Sairaanhoitaja amk

heli.karhunen@metropolia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja

TtT Leena Hannula

leena.hannula@metropolia.fi

Suostun osallistumaan haastatteluun ja saatua aineistoa saa käyttää opinnäytetyön raportoinnissa.

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus ja nimen selvitys

Haastattelukysymykset

Taustatiedot:

1. Mikä on ikäsi ja ammattikoulutuksesi?
2. Mahdolliset käymäsi lisäkoulutukset?
3. Kuinka pitkä on työkokemuksesi?
4. Kuinka pitkään olet työskennellyt kotisairaалassa?

Tutkimustehtävä 1:

Saattohoitopotilaan hoitamisen ja kivun hoidon kuvaus

1. Kuvaile ja kerro kuinka hoidat saattohoidossa olevaa potilasta?
2. Mihin perustat päätöksentekosi saattohoidossa?
3. Millaisia suosituksia on olemassa saattohoidosta?
4. Miten olet käyttänyt kuolevan potilaan hoitosuosituksia?
5. Kuvaile ja kerro kuinka hoidat saattohoidossa olevan potilaan kipua?
6. Mihin perustat päätöksentekosi kuolevan potilaan kivun hoidossa?
7. Millaisia hoitosuosituksia on olemassa kuolevan potilaan kivun hoidossa?
8. Miten olet käyttänyt palliatiivisen kivun hoitosuosituksia?

Tutkimustehtävä 2:

Sairaanhoitajien tieteellisen tiedon käyttö

1. Millaisia hoitosuosituksia tiedät olevan?
2. Millaisia hoitosuosituksia olet itse lukenut?
3. Millaisia suosituksia olet käyttänyt työssäsi?
4. Kuinka haet tutkimuksellista tietoa?
5. Mistä haet tietoa? Kuvaile, esimerkein.
6. Millaisia hoitotieteellisiä julkaisuja luet? Kuvaile.
7. Kuvaile kuinka tutkimustiedon käyttö näkyy omassa toiminnassasi?
8. Kuinka hyödynnät hoitotieteellisiä julkaisuja työssäsi.

Tutkimustehtävä 3:

Toimintaympäristön näyttöön perustuvan toiminnan mahdollistaminen

1. Kuinka laaditut hoitosuosituksset mielestäsi näkyvät omassa yksikössäsi. Kuvaile.
2. Kuinka uusimpia tutkimustuloksia ja hoitosuosituksia hyödynnetään työyksikössäsi?
3. Millaisia tieteellisiä julkaisuja on työyksikössä käytössäsi. Kuvaile miten käytät julkaisuja?
4. Kuinka työympäristö mahdollistaa tutkimustiedon hakemisen verkosta. Kuvaile.
5. Miten työyksikkö mahdollistaa näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamisen? Kuvaile.
6. Miten työyksikkö tukee näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamista? Kuvaile.

Aineiston sisällönanalyysi

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
"jaksaa sen takia että meillä on niinku hyvä tiimi ja pystyy keskustelemaan asioista ja tunteista"	avoin keskustelu työyhteisössä parantaa työssä jaksamista	tiimityöskentely	työssä jaksaminen
"et nykyään ku meitä öisinkin on kaksi ni ei oo ikinä semmosta tilanetta ettetkö voisi jollekin purkaa"	pareittain työskentely parantaa työssä jaksamista		
"joo kyll meitä tetaan, meillä on työnohjaus, ulkopuolinen työnohjaaja joka on erinomainen"	ulkopuolinen työnohjaaja on tärkeässä roolissa tulemisessa	työnohjaus	
"meillä on loistava työnohjaaja, jonka kanssa me käydään niinkun käydä syvällisiäkin keskusteluja"	työnohjaajan kanssa käydyt keskustelut helpottavat työssä jaksamista		
"jos sitten tapahtuu jotakin dramaattista ni meillähän on sairaalassa sitten defusing koulutettuja sairaanhoitajia"	dramaattisissa tilanteissa mahdollisuus vertaistukeen defusing hoitajien kanssa		